

Wojewódzki Szpital
Specjalistyczny
im. Janusza Korczaka w Słupsku Sp. z o.o.



Podmiot Leczniczy Samorządu
Województwa Pomorskiego

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY
im. Janusza Korczaka w Słupsku
spółka z ograniczoną odpowiedzialnością

Spis treści

Rozdział 1.....	3
Postanowienia ogólne	
Rozdział 2	4
Firma, cel i zadania Spółki	
Rozdział 3	6
Rodzaj działalności leczniczej oraz zakres i miejsce udzielanych świadczeń zdrowotnych	
Rozdział 4	7
Struktura organizacyjna zakładów leczniczych Spółki	
Rozdział 5	10
Sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi zakładów leczniczych Spółki	
Rozdział 6	11
Organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładów leczniczych Spółki oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania Spółki pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym	
Rozdział 7.....	103
Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego spółki	
Rozdział 8	110
Warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych	
Rozdział 9	113
Wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. O prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta	
Rozdział 10	114
Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat	
Rozdział 11.....	114
Wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych oraz od podmiotów, na zlecenie, których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym	
Rozdział 12	114
Wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością	
Rozdział 13	115
Postanowienia końcowe	

REGULAMIN ORGANIZACYJNY
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Janusza Korczaka w Słupsku Sp. z o.o.

Rozdział 1
Postanowienia ogólne

§ 1.

1. Regulamin organizacyjny spółki Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Janusza Korczaka w Słupsku Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, zwanej dalej Spółką, określa:
 - 1) firmę, cele i zadania Spółki;
 - 2) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres i miejsce udzielanych świadczeń zdrowotnych;
 - 3) strukturę organizacyjną zakładów leczniczych Spółki;
 - 4) sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi zakładu leczniczego podmiotu;
 - 5) organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładów leczniczych Spółki oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania Spółki pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym;
 - 6) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego Spółki;
 - 7) warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych;
 - 8) wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób określony w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
 - 9) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat;
 - 10) wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych oraz od podmiotów, na zlecenie, których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym;
 - 11) wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo pełną odpłatnością.
2. Użyte w regulaminie organizacyjnym spółki określenia oznaczają:
 - 1) **Zarząd** – Zarząd Spółki,
 - 2) **Akt Założycielski** – akt założycielski Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Janusza Korczaka w Słupsku Sp. z o.o.
 - 3) **osoba wykonująca zawód medyczny** – osoba uprawniona na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osoba legitymująca się fachowymi kwalifikacjami do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny,
 - 4) **pacjent** – osoba zwracająca się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny,
 - 5) **podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą** – Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Janusza Korczaka w Słupsku Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością,
 - 6) **zakład leczniczy** – zespół składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej,
 - 7) **Szpital Specjalistyczny Słupsk, Szpital Specjalistyczny Ustka** – zakład leczniczy, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne,

- 8) **Ambulatoryjna Opieka Zdrowotna, Ambulatoryjna Opieka Zdrowotna Ustka** – zakład leczniczy, w którym podmiot wykonuje działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych obejmujących świadczenia specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej,
- a) **Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne – inne niż szpitalne** – zakład leczniczy, w którym podmiot wykonuje działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne - inne niż szpitalne z zakresu stacjonarnej i długoterminowej opieki pielęgnacyjnej i rehabilitacji stacjonarnej oraz pozostałych usług pomocniczych,
- 9) **jednostka organizacyjna** – część zakładu leczniczego podmiotu, którą stanowią:
 - a) szpital,
 - b) pracownie diagnostyczne i zabiegowe,
 - c) poradnie specjalistyczne,
 - d) poradnie specjalistyczne przyszpitalne – ambulatorium podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, zlokalizowane w budynku albo zespole budynków oznaczonych tym samym adresem, co szpital, albo innymi adresami, ale położonych obok szpitala i tworzących funkcjonalną całość, w którym udzielane są te same lub zbliżone rodzajowo świadczenia, co w szpitalu,
 - e) pozostała działalność medyczna,
 - f) podstawowa opieka zdrowotna,
- 10) **komórka organizacyjna** – część jednostki organizacyjnej (w skrócie KO),
- 11) **świadczenia zdrowotne** – działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu, lub poprawie zdrowia oraz inne działania wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania,
- 12) **świadczenie szpitalne** – wykonywane całą dobę, kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin,
- 13) **działalność lecznicza** – polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, promocji zdrowia lub realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniu nowych technologii medycznych oraz metod leczenia,
- 14) **ustawa** – ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej
- 15) **Blok operacyjny** – w skrócie, BO
- 16) **PDL** – Pracownia Diagnostyki Laboratoryjnej,
- 17) **PDO** – Pracownia Diagnostyki Obrazowej,
- 18) **PDM** – Pracownia Diagnostyki Mikrobiologicznej,
- 19) **ZP** – Zakład Patomorfologii.

Rozdział 2

Firma, cel i zadania Spółki

§ 2.

1. Podmiot leczniczy działa w formie spółki z ograniczoną odpowiedzialnością pod firmą Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Janusza Korczaka w Słupsku Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością.
2. Spółka może używać skrótu firmy Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Janusza Korczaka w Słupsku Sp. z o.o. lub Spółka z o.o.
3. Spółka działa w szczególności na podstawie:
 - 1) Ustawy z dnia 15 września 2000 r. Kodeks spółek handlowych ,
 - 2) Aktu założycielskiego z dnia 22.06.2015r.,
 - 3) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
4. Spółka jest wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Gdańsku VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem: KRS 0000565090.

5. Spółka wpisana jest do Rejestru Podmiotów Leczniczych prowadzonego przez Wojewodę Pomorskiego.
4. Organem tworzącym Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Janusza Korczaka w Słupsk sp. z o.o. jest Samorząd Województwa Pomorskiego.

§ 3.

1. Celem Spółki jest podejmowanie działań na rzecz ochrony oraz poprawy stanu zdrowia ludności poprzez organizowanie i prowadzenie działalności leczniczej, profilaktycznej i rehabilitacyjnej, propagowanie zachowań prozdrowotnych, a także kształcenie osób wykonujących zawody medyczne oraz stałe podnoszenie, jakości świadczonych usług.
2. Spółka organizuje i udziela świadczeń zdrowotnych obejmujących działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia, ustawy o działalności leczniczej, ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, ustawy o ochronie zdrowia psychicznego lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania.

§ 4.

1. Do podstawowych **zadań** Spółki należy udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów, nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub pełną odpłatnością, w szczególności:
 - 1) udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki stacjonarnej,
 - 2) udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych,
 - 3) prowadzenie działalności diagnostycznej,
 - 4) prowadzenie działalności z zakresu rehabilitacji leczniczej,
 - 5) prowadzenie profilaktycznej opieki zdrowotnej i promocji zdrowia,
 - 6) świadczenie usług farmaceutycznych w aptece szpitalnej,
 - 7) uczestniczenie w prowadzeniu badań naukowych i prac badawczo – rozwojowych oraz realizacji zadań dydaktycznych i badawczych,
 - 8) uczestniczenie w przygotowaniu osób do wykonywania zawodów medycznych oraz kształceniu osób wykonujących te zawody, w tym ułatwianie podnoszenia kwalifikacji zawodowych oraz prowadzenie działalności szkoleniowej, w szczególności staży podyplomowych i specjalizacyjnych,
 - 9) realizacja zadań obronnych, obrony cywilnej, zarządzania kryzysowego, ochrony mienia i informacji niejawnych,
 - 10) prowadzenie innej działalności niż działalność leczniczą - nieuciążliwą dla pacjenta oraz przebiegu leczenia w szczególności działalność gospodarczą polegającą na:
 - a) najmie, dzierżawie i użyczeniu majątku trwałego,
 - b) sterylizacji sprzętu i wyrobów medycznych,
 - c) świadczeniu usług pralniczych,
 - d) działalności gastronomicznej i dostarczaniu żywności dla odbiorców zewnętrznych (catering),
 - e) zbieraniu, magazynowaniu i przekazywaniu odpadów do utylizacji,
 - f) przechowywaniu zwłok,
 - g) organizacji targów, wystaw i kongresów,
 - 11) prowadzenie szkoleń, konferencji, kursów w zakresie promocji zdrowia dla placówek szkolnych, oświatowo-wychowawczych, organizacji społecznych, stowarzyszeń, zainteresowanych osób fizycznych. Spółka może również udostępniać swoje mienie na ten cel innym jednostkom,
 - 12) wykonywanie innych zadań zleconych przez podmiot tworzący,
 - 13) prowadzeniem innej działalności zgodnej z Aktem Założycielskim Spółki

Rozdział 3

Rodzaj działalności leczniczej oraz zakres i miejsce udzielanych świadczeń zdrowotnych

§ 5.

1. Spółka prowadzi działalność leczniczą w rodzaju:
 - 1) stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne, które wykonywane są przez zakłady:
SZPITAL SPECJALISTYCZNY SŁUPSK w lokalizacji:
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Janusza Korczaka w Słupsku Sp. z o.o.,
ul. Hubalczyków 1, 76-200 Słupsk,
 - 2) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, które wykonywane są przez zakłady:
 - a) AMBULATORYJNA OPIEKA ZDROWOTNA w lokalizacji:
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Janusza Korczaka w Słupsku Sp. z o.o.,
ul. Hubalczyków 1, 76-200 Słupsk,
 - b) AMBULATORYJNA OPIEKA ZDROWOTNA USTKA w lokalizacji:
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Janusza Korczaka w Słupsku Sp. z o.o.,
ul. Mickiewicza 12, 76-270 Ustka,
NZOZ w Kobylnicy ul. Główniej 54a
 - 3) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne – inne niż szpitalne, które wykonywane są przez zakłady:
 - a) ZAKŁAD LECZNICZY USTKA lokalizacji:
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Janusza Korczaka w Słupsku Sp. z o.o.,
ul. Mickiewicza 12, 76-270 Ustka,
2. Stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne – wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godziny. Świadczenia szpitalne obejmują świadczenia rzeczowe związane z procesem leczenia, leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne. Świadczenia szpitalne obejmują także świadczenia towarzyszące tj. zakwaterowanie, i adekwatne do stanu zdrowia wyżywienie, usługi transportu oraz transportu sanitarnego, a także zakwaterowanie poza zakładem leczniczym podmiotu leczniczego, jeżeli konieczność jego zapewnienia wynika z warunków określonych dla danego świadczenia gwarantowanego.
3. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmują:
 - 1) świadczenia podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej,
 - 2) świadczenia zdrowotne, które obejmują swoim zakresem badania diagnostyczne wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego.
 - 3) świadczenia udzielana w warunkach domowych.
4. Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne – inne niż szpitalne polegają na:
 - 1) udzielaniu całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację, opiekę i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji, oraz zapewnianiu im produktów leczniczych potrzebnych do kontynuacji leczenia, pomieszczeń i wyżywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także prowadzeniu edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowaniu tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych.
 - 2) udzielaniu świadczeń zdrowotnych polegających na działaniach usprawniających, które służą zachowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia; Udostępnianie dokumentacji medycznej zakładom ubezpieczeń a uzyskiwanie przez nie informacji o stanie zdrowia
 - 3) sprawowaniu wszechstronnej opieki zdrowotnej, psychologicznej i społecznej nad pacjentami znajdującymi się w stanie terminalnym oraz opieki nad rodzinami tych pacjentów,
 - 4) leczeniu uzdrowiskowym.

Rozdział 4 **Struktura organizacyjna zakładów leczniczych Spółki**

§ 6.

1. W Spółce działalność lecznicza prowadzona jest w ramach zakładów leczniczych, w skład których wchodzi jednostki i komórki organizacyjne wpisane do księgi: Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Janusza Korczaka spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Pomorskiego pod numerem 000000011493.
2. Załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu organizacyjnego stanowi schemat organizacyjny Spółki, wskazujący zależności oraz podległość służbową.
3. W skład podmiotu leczniczego – Spółki wchodzi zakłady lecznicze:
 - 1) **SZPITAL SPECJALISTYCZNY SŁUPSK**, który prowadzi działalność leczniczą w rodzaju stacjonarnych i całodobowych świadczeń szpitalnych, w którego skład, jako jednostki organizacyjne wchodzi:
 - a) **SZPITAL**, w ramach, którego działają:
 - Oddział Chorób Wewnętrznych
 - Oddział Chorób Płuc
 - Oddział Hematologiczny
 - Oddział Kardiologiczny
 - Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego
 - Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej
 - Oddział Nefrologiczny
 - Stacja Dializ
 - Oddział Neurologiczny
 - Oddział Udarowy
 - Oddział Onkologii Klinicznej, Chemioterapii
 - Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii
 - Oddział Rehabilitacyjny
 - Oddział Rehabilitacji Neurologicznej
 - Oddział Pediatriczny
 - Oddział Neonatologiczny
 - Oddział Położniczo – Ginekologiczny
 - Oddział Chirurgiczny Ogólny
 - Oddział Chirurgiczny Ogólny dla Dzieci
 - Oddział Chirurgii Naczyniowej
 - Oddział Chirurgii Onkologicznej
 - Oddział Neurochirurgiczny
 - Oddział Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej
 - Oddział Okulistyczny
 - Oddział Otorinolaryngologiczny
 - Oddział Urologiczny
 - Oddział Transplantacji Szpiku
 - Oddział Badań Klinicznych
 - Szpitalny Oddział Ratunkowy
 - Oddział Dermatologiczny
 - Blok Operacyjny
 - Sala Porodowa
 - Apteka Szpitalna
 - Dział Rehabilitacji

- 2) **AMBULATORIJA OPIEKA ZDROWOTNA**, która prowadzi działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, w której skład, jako jednostki organizacyjne wchodzi:
- a) **Poradnie specjalistyczne** w ramach, których działają:
 - Poradnia Medycyny Pracy
 - Poradnia Chorób Zakaźnych
 - Poradnia Stomatologiczna
 - Poradnia Chirurgii Stomatologicznej
 - Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy
 - Dział Higieny i Epidemiologii
 - Punkty Szczepień

 - b) **Poradnie Specjalistyczne Przyszpitalne** w ramach, których działają:
 - Poradnia Hematologiczna
 - Poradnia Nefrologiczna
 - Poradnia Neurologiczna
 - Poradnia Onkologiczna
 - Poradnia Chemioterapii
 - Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc
 - Poradnia Domowego Leczenia Tlenem
 - Poradnia Rehabilitacyjna
 - Poradnia Kardiologiczna
 - Poradnia Urologiczna
 - Poradnia Neonatologiczna
 - Poradnia Położniczo - Ginekologiczna
 - Poradnia Chirurgii Ogólnej
 - Poradnia Chirurgii Ogólnej_dla Dzieci
 - Poradnia Chirurgii Naczyniowej
 - Poradnia Chirurgii Onkologicznej
 - Poradnia Profilaktyki Chorób Piersi
 - Poradnia Neurochirurgiczna
 - Poradnia Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej
 - Poradnia Okulistyczna
 - Poradnia Otolaryngologiczna
 - Poradnia Kontroli Rozruszników i Kardiowerterów
 - Poradnia Transplantologiczna
 - Poradnia Anestezjologiczna
 - Poradnia Laktacyjna
 - Poradnia Pediatryczna
 - Poradnia Chorób Wewnętrznych
 - Poradnia Dermatologiczna
 - Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy

 - c) **Pozostała działalność medyczna**, na którą składają się:
 - Zakład Rehabilitacji Leczniczej:
 - a) Dział Fizjoterapii
 - b) Dział Fizykoterapii
 - c) Dział Kinezyterapii
 - d) Dział Hydroterapii
 - e) Dział Masażu Leczniczego
 - f) Dział Krioterapii
 - Zespół Domowej Dializoterapii Otrzewnowej

Ośrodek Rehabilitacji Kardiologicznej
Ośrodek Rehabilitacji Diennej
Ośrodek Rehabilitacji Diennej dla Dzieci
Szkoła Rodzenia
Bank Tkanek i Komórek
Zespół Call Center

d) **Podstawowa opieka zdrowotna**, na którą składają się:

Poradnia POZ
Gabinet lekarza POZ
Gabinet pielęgniarki POZ
Gabinet położnej POZ
Poradnia (gabinet) nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej - Hubalczyków
Poradnia (gabinet) nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej - Kobylnica

e) **Pracownie diagnostyczne i zabiegowe**, w ramach, których działają:

Pracownia Hemodynamiki
Pracownia Elektrofizjologii
Pracownia Urządzeń Wszczepialnych Serca
Pracownia Endoskopii
Pracownia Urodynamiczna
Neurologiczna Pracownia Badań Elektrofizjologicznych
Pracownia Badań Nieinwazyjnych
Pracownia Diagnostyki Laboratoryjnej:
a. Pracownia Serologii Transfuzjologicznej
b. Bank Krwi
c. Pracownia Genetyczna
d. Punkt Pobrań Materiałów do Badań PDL
Pracownia Diagnostyki Mikrobiologicznej:
a. Pracownia Serologii Bakteriologicznej i Wirusologicznej
b. Punkt Pobrań Materiałów do Badań PDM
Zakład Patomorfologii:
a. Prosektorium
b. Pracownia Cytologiczna
c. Pracownia Histopatologii
d. Pracownia Immunohistochemiczna
Pracownia Diagnostyki Obrazowej:
a. Pracownia Rentgenodiagnostyki Ogólnej
b. Pracownia USG
c. Pracownia Tomografii Komputerowej
d. Pracownia Radiologii Zabiegowej
e. Pracownia Mammografii
f. Pracownia Rezonansu Magnetycznego
Pracownia Echokardiografii
Pracownia Badań Czynnościowych

3) **AMBULATORYJNA OPIEKA ZDROWOTNA USTKA**, która prowadzi działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, w której skład, jako jednostki organizacyjne wchodzi:

a) **Podstawowa opieka zdrowotna Ustka**, na którą składają się:

Poradnia (gabinet) nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej – Ustka
Poradnia POZ Filia Ustka
Gabinet Lekarza POZ Filia Ustka

Gabinet Pielęgniarki POZ Filia Ustka
Punkt Szczepień Ustka

b) Zakład Przyrodoleczniczy w Ustce, na który składają się:

Pracownia Fizjoterapii
Pracownia Fizykoterapii
Pracownia Kinezyterapii
Pracownia Hydroterapii
Pracownia Krioterapii
Pracownia Masażu Leczniczego

4) **ZAKŁAD LECZNICZY USTKA** który to zakład prowadzi działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne - inne niż szpitalne, w którego skład, jako jednostki organizacyjnej wchodzi:

a) **Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy** w ramach którego działa:
Oddział Pielęgnacyjno-Opiekuńczy.

b) **Sanatorium Uzdrowskowe w Ustce** w ramach którego działa:
Oddział Uzdrowski Sanatoryjny

Rozdział 5

Sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi zakładów leczniczych Spółki

§ 7.

1. Organami Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Janusza Korczaka w Słupsku Sp. z o.o. są: Zgromadzenie Wspólników, Rada Nadzorcza oraz Zarząd:
 - a) Kompetencje Zgromadzenia Wspólników określają przepisy Kodeksu spółek handlowych i postanowienia aktu założycielskiego Spółki,
 - b) Rada Nadzorcza jest organem Spółki, prowadzącym nadzór i kontrolę nad działalnością Spółki. Kompetencje Rady Nadzorczej określają przepisy Kodeksu spółek handlowych i postanowienia aktu założycielskiego Spółki. Tryb pracy Rady nadzorczej określa regulamin Rady Nadzorczej,
 - c) Zarząd jest organem Spółki prowadzącym sprawy Spółki i reprezentującym Spółkę. Szczegółowy zakres działania Zarządu określa Kodeks spółek handlowych, umowa spółki. Tryb pracy Zarządu określa regulamin działania Zarządu.
2. W celu realizacji zadań i zapewnienia prawidłowości funkcjonowania Spółki Zarząd wydaje akty wewnętrzne:
 - a) zarządzenia,
 - b) regulaminy,
 - c) procedury i instrukcje.
3. Zarząd Spółki składa się od 1 do 3 osób, w tym:
 - a) Prezesa Zarządu,
 - b) Wiceprezesa Zarządu.
4. Podczas nieobecności członków Zarządu, Zarząd zastępują osoby uprawnione, działające na podstawie pełnomocnictw udzielonych przez Zarząd lub prokurenci.

§ 8.

1. Zarząd Spółki pełni rolę zwierzchnika wszystkich pracowników Spółki i sprawuje ogólne kierownictwo zgodnie z przepisami prawa pracy.
2. W Spółce funkcjonują następujące rodzaje stanowisk kierowniczych:
 - a) Dyrektor ds. Lecznictwa/Naczelny Lekarz Szpitala,
 - b) Dyrektor ds. Pielęgniarstwa/Naczelny Pielęgniarski Szpitala,
 - c) Dyrektor ds. technicznych,
 - d) Główny księgowy,
 - e) Koordynatorzy/Ordynatorzy Oddziałów,
 - f) Przewodnicząca Pielęgniarska Szpitala,
 - g) Pielęgniarki/Położne Oddziałowe,
 - h) Pielęgniarki Koordynujące,
 - i) Kierownicy KO medycznych,
 - j) Kierownicy pozostałych KO.
3. Poza godzinami urzędowania Zarządu/Dyrektorów koordynację pracy Szpitala sprawuje Starszy Lekarz Dyżuru/Koordinator SOR.
4. Dyrektorzy reprezentują Spółkę na zewnątrz w granicach pełnomocnictw udzielonych przez Zarząd.
5. Zarząd kieruje sprawami Spółki, wykonując swoje zadania przy pomocy:
 - a) Dyrektorów Spółki,
 - b) osób kierujących KO,
 - c) osób na samodzielnych stanowiskach pracy,
 - d) powołanych w drodze Uchwały Komisji i Zespołów do realizacji określonych celów związanych z działalnością Spółki.
6. Każdy z Dyrektorów sprawuje nadzór nad prawidłowym wykonywaniem zadań przez pracowników mu podległych.

Rozdział 6

Organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładów leczniczych Spółki oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania Spółki pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym

PION MEDYCZNY

§ 9.

Do zadań **DYREKTORA DS. LECZNICTWA/NACZELNEGO LEKARZA SZPITALA** należy:

- 1) Organizowanie opieki leczniczej i profilaktycznej zakładów leczniczych Spółki w sposób zapewniający właściwy poziom referencyjny,
- 2) Przygotowywanie ofert do konkursu na świadczenia zdrowotne,
- 3) Nadzór nad prawidłowością prowadzonej dokumentacji medycznej przez podległy personel,
- 4) Monitorowanie ogłoszeń w sprawie konkursu na świadczenia zdrowotne,
- 5) Zapewnienie zgodności zakresu i rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych z zakresem i rodzajem świadczenia usług przewidzianych w Regulaminie organizacyjnym, z przyjętymi standardami i procedurami medycznymi oraz rozwijanie medycznej działalności komercyjnej,
- 6) Kontrola realizacji przez medyczne komórki organizacyjne Spółki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym w szczególności zawartych z płatnikiem publicznym powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego,
- 7) Dbanie o dostępność, ciągłość, rzetelność, kompletność i jakość udzielania świadczeń medycznych,
- 8) Wykonywanie okresowych wizytacji podległych komórek organizacyjnych i doskonalenie oceny realizacji przydzielonych im zadań,
- 9) Planowanie i analizowanie racjonalności i struktury zatrudnienia w podległym pionie w zależności od powierzonych zadań,
- 10) Określenie liczby i rodzaju specjalistycznego personelu medycznego niezbędnego do pracy w

- poszczególnych oddziałach, poradniach, zakładach i pracowniach diagnostycznych.
- 11) Opracowanie zakresów obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności ordynatorom, kierownikom i bezpośrednio podległym pracownikom,
 - 12) Współpraca przy tworzeniu Planu finansowego Szpitala i wprowadzanie terminowych zmian z odpowiednim wyprzedzeniem tj. przed podjęciem decyzji o zamówieniu,
 - 13) Rozpatrywanie i załatwianie wniosków, skarg i uwag chorych lub osób korzystających z usług medycznych i podejmowanie działań, które w przyszłości wyeliminują stwierdzone nieprawidłowości,
 - 14) Realizacja polityki zarządzania jakością poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług świadczonych przez Szpital,
 - 15) Nadzór nad realizacją zaleceń pokontrolnych formułowanych przez organy kontroli zewnętrznej oraz zaleceń wewnętrznych w zakresie powierzonych zadań,
 - 16) Wprowadzanie nowych technologii medycznych w oddziałach szpitalnych oraz analizowanie realizowanych procedur medycznych pod względem ich efektywności medycznej i ekonomicznej,
 - 17) Koordynacja i nadzór nad pracą podległych KO, usług zleconych na zewnątrz oraz współpraca z kierownikami innych działów Spółki,
 - 18) Organizowanie i inicjowanie współpracy z innymi podmiotami udzielającymi świadczenia zdrowotne i usługi medyczne,
 - 19) Nadzór nad zachowaniem optymalnych norm wyposażenia w sprzęt, aparaturę i środki medyczne oraz zachowanie tych standardów stosownie do obowiązujących przepisów,
 - 20) Nadzór nad prawidłowością gospodarowania sprzętem i aparaturą medyczną,
 - 21) Zatwierdzanie comiesięczne Planu i Rozliczenia czasu podległego personelu
 - 22) Wyznaczanie lekarza starszego dyżuru odpowiedzialnego za koordynowanie działalności medycznej szpitala pod nieobecność Dyrektora ds. Lecznictwa/Naczelnego Lekarza Szpitala oraz zatwierdzanie Grafików dyżurowych,
 - 23) Nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów działalności przez podległe komórki organizacyjne.
 - 24) Współtworzenie polityki finansowej poprzez nadzór nad wyceną procedur medycznych wykonywanych w Spółce,
 - 25) Stały kontakt ze służbami pracowniczymi Szpitala, celem aktualizacji wiedzy nt. potrzeb kadrowych personelu lekarskiego i pozostałego medycznego, zgłaszanych przez kierowników KO,
 - 26) Angażowanie się w nawiązywaniu kontaktu i prowadzenia rozmowy rekrutacyjnej z osobami posiadającymi kwalifikacje, odpowiadające potrzebom zgłaszanym przez kierowników KO,
 - 27) Aranżowanie spotkań potencjalnych pracowników z Zarządem Spółki, kierownikami KO, Kierownikiem Działu Kadr i Płac celem ostatecznego ustalenia warunków pracy oraz podpisania stosownej umowy.
 - 28) Wykonywanie innych zadań zleconych przez Zarząd Spółki,

W trakcie nieobecności Dyrektora ds. Lecznictwa/Naczelnego Lekarza Szpitala obowiązki przejmuje lekarz pełniący funkcję Starszego Lekarza Dyżuru.

§ 10.

Do zadań **DYREKTORA DS. PIELĘGNIARSTWA/NACZELNY PIELĘGNIARZ SZPITALA** należy:

- 1) Organizowanie, sprawdzanie i nadzór nad działalnością pielęgniarek i położnych, ratowników medycznych, sekretarek medycznych, opiekunek medycznych, techników medycznych, specjalistek ds. epidemiologii, personelu pielęgniarskiego pracowni diagnostycznych/zabiegowych i poradni specjalistycznych, pracowników Sterylizatorni,
- 2) Nadzór i koordynowanie procesu realizacji świadczeń pielęgniarskich, opiekuńczych i ratowniczych oraz usług wydzielonych na zewnątrz,
- 3) Współudział w przygotowaniu ofert do konkursu na świadczenia zdrowotne,
- 4) Współpraca przy tworzeniu Planu finansowego Szpitala i wprowadzanie terminowych zmian z

- odpowiednim wyprzedzeniem tj. przed podjęciem decyzji o zamówieniu,
- 5) Nadzorowanie pracy podległego personelu w zakresie prawidłowości wykonywanych zadań w tym efektywność i optymalizacja kosztów,
 - 6) Realizacja polityki zarządzania, jakością poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie, jakości usług świadczonych przez Szpital,
 - 7) Nadzór nad działalnością specjalisty ds. opieki socjalnej pacjentów w zakresie rozwiązywania problemów socjalno – bytowych pacjenta,
 - 8) Opracowanie zakresów obowiązków i odpowiedzialności pielęgniarkom oddziałowym i bezpośrednio podległym kierownikom,
 - 9) Określenie liczby i rodzaju specjalistycznego personelu medycznego niezbędnego do pracy w poszczególnych oddziałach, poradniach, zakładach i pracowniach diagnostycznych,
 - 10) Nadzór na pracą zespołów problemowych w zakresie realizacji opieki pielęgniarskiej,
 - 11) Nadzór nad bieżącym funkcjonowaniem podległych stanowisk pracy i rozwiązywania pojawiających się problemów,
 - 12) Nadzór nad prawidłowością prowadzenia przez podległy personel wymaganej dokumentacji medycznej,
 - 13) Zabezpieczenie właściwego poziomu higieniczno – sanitarnego w użytkowych pomieszczeniach i obiektach,
 - 14) Nadzór nad zakażeniami szpitalnymi,
 - 15) Współpraca z kierownikami KO Spółki, Ordynatorami/lekarzami kierującymi oddziałami, przedstawicielami samorządu pielęgniarek i położnych w zakresie sprawnego funkcjonowania Spółki oraz prawidłowego przebiegu hospitalizacji pacjentów,
 - 16) Nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i ponoszonych kosztów działalności przez podległe komórki organizacyjne.
 - 17) Współtworzenie polityki finansowej w Spółce,
 - 18) Stały kontakt ze służbami pracowniczymi Szpitala, celem aktualizacji wiedzy na temat potrzeb kadrowych personelu pielęgniarskiego i pozostałego medycznego, zgłaszanych przez kierowników KO,
 - 19) Angażowanie się w nawiązywaniu kontaktu i prowadzenia rozmowy rekrutacyjnej z osobami posiadającymi kwalifikacje, odpowiadające potrzebom zgłaszanym przez kierowników KO,
 - 20) Aranżowanie spotkań potencjalnych pracowników z Zarządem Spółki, kierownikami KO, Kierownikiem Działu Kadr i Płac celem ostatecznego ustalenia warunków pracy oraz podpisania stosownej umowy.
 - 21) Wykonywanie innych zadań zleconych przez Zarząd Spółki.

§ 11.

Do zadań **PRZEŁOŻONEJ PIELĘGNIARKI SZPITALA** należy:

- 1) Organizowanie, sprawdzanie i nadzór nad działalnością pielęgniarek i położnych, ratowników medycznych, sekretarek medycznych, opiekunek medycznych, techników medycznych, specjalistek ds. epidemiologii, personelu pielęgniarskiego pracowni diagnostycznych/zabiegowych i poradni specjalistycznych, pracowników Sterylizatorni,
- 2) Nadzór i koordynowanie procesu realizacji świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i ratowniczych oraz usług wydzielonych na zewnątrz,
- 3) Współudział w przygotowaniu ofert do konkursów na świadczenia zdrowotne,
- 4) Nadzorowanie pracy podległego personelu w zakresie prawidłowości wykonywanych zadań w tym efektywność i optymalizacja kosztów,
- 5) Realizacja polityki zarządzania jakością poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie, jakości usług świadczonych przez Szpital,
- 6) Współudział ze Specjalistą ds. opieki socjalnej pacjentów w zakresie rozwiązywania problemów socjalno – bytowych pacjenta,
- 7) Współudział w opracowaniu zakresów obowiązków i odpowiedzialności pielęgniarkom oddziałowym i bezpośrednio podległym kierownikom,

- 8) Współdział w zakresie określania liczby i rodzaju specjalistycznego personelu medycznego niezbędnego do pracy w poszczególnych oddziałach, poradniach, zakładach i pracowniach diagnostycznych,
- 9) Współdział w nadzorze nad pracą zespołów problemowych w zakresie realizacji opieki pielęgniarskiej,
- 10) Współdział w nadzorze nad bieżącym funkcjonowaniem podległych stanowisk pracy i rozwiązywania pojawiających się problemów,
- 11) Nadzór nad prawidłowości prowadzenia przez podległy personel wymaganej dokumentacji medycznej,
- 12) Zabezpieczenie właściwego poziomu higieniczno – sanitarnego w użytkowych pomieszczeniach i obiektach,
- 13) Nadzór nad zakażeniami szpitalnymi,
- 14) Współdział z kierownikami KO Spółki, Ordynatorami/lekarzami kierującymi oddziałami, przedstawicielami samorządu pielęgniarek i położnych w zakresie sprawnego funkcjonowania Spółki oraz prawidłowego przebiegu hospitalizacji pacjentów,
- 15) Współdział w nadzorze nad prawidłową realizacją przychodów i ponoszonych kosztów działalności przez podległe komórki organizacyjne.
- 16) Współtworzenie polityki finansowej w Spółce,
- 17) Stały kontakt ze służbami pracowniczymi Szpitala, celem aktualizacji wiedzy nt. potrzeb kadrowych personelu pielęgniarskiego i pozostałego medycznego, zgłaszanych przez kierowników KO,
- 18) Angażowanie się w nawiązywaniu kontaktu i prowadzenia rozmowy rekrutacyjnej z osobami posiadającymi kwalifikacje, odpowiadające potrzebom zgłaszanym przez kierowników KO,
- 19) Aranżowanie spotkań potencjalnych pracowników z Zarządem Spółki, kierownikami KO, Kierownikiem Działu Kadr i Płac celem ostatecznego ustalenia warunków pracy oraz podpisania stosownej umowy.
- 20) Wykonywanie innych zadań zleconych przez Zarząd Spółki.

ODDZIAŁY SZPITALNE

§ 12.

1. Oddziałem kieruje i za jego działalność jest odpowiedzialny Ordynator/Lekarz kierujący, a w razie jego nieobecności wyznaczony Zastępca Ordynatora/Lekarza kierującego. Podczas nieobecności Ordynatora/Lekarza kierującego i jego Zastępców nadzór nad organizacją pracy sprawuje lekarz dyżurny. Ta sama osoba - Ordynator/Lekarz kierujący - może kierować więcej niż jednym Oddziałem.
2. Za nadzór nad pracą personelu pielęgniarskiego i pomocniczego odpowiada Pielęgniarka Oddziałowa, w razie jej nieobecności zastępca lub osoba wyznaczona przez Dyrektora ds. Pielęgniarstwa/Naczelnego Pielęgniarskiego Szpitala, Przełożoną Pielęgniarkę Szpitala. Jedna osoba może kierować więcej niż jednym Oddziałem.
3. Harmonogram - Rozkład czasu pracy lekarzy zatrudnionych na Oddziale ustala Ordynator/Lekarz kierujący. Harmonogram, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym zatwierdza Dyrektor ds. Lecznictwa/Naczelnny Lekarz Szpitala.
4. Rozkład pracy personelu pielęgniarskiego i pomocniczego Oddziału ustala Pielęgniarka Oddziałowa w porozumieniu z Przełożoną Pielęgniarką Szpitala. Harmonogram, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym zatwierdza Dyrektor ds. Pielęgniarstwa/Naczelnny Pielęgniarski Szpitala.

§ 13.

1. Zadania Oddziałów Szpitalnych obejmują:
 - 1) Zapewnienie całodobowej opieki medycznej,
 - 2) Zapewnienie całodobowego procesu diagnostyczno – terapeutycznego,
 - 3) Świadczenia medyczne udzielane są w trybie planowym i ze wskazań nagłych,
 - 4) Opiekę anestezyjologiczną nad pacjentem w przypadkach koniecznych sprawuje lekarz

- anestezjolog Oddziału Anestezjologii Intensywnej Terapii;
- 5) Zapewnienie bezpłatnych leków i wyrobów medycznych, jeżeli są one konieczne do wykonywania świadczeń,
 - 6) Działania rehabilitacyjne: fizjoterapeuty, psychologa, logopedy, terapeuty zajęciowego,
 - 7) Do realizacji zadań oddziały wykorzystują zaplecze diagnostyczne Szpitala z możliwością konsultacji interdyscyplinarnych,
 - 8) Orzekanie o stanie zdrowia i niezdolności do pracy,
 - 9) Zapewnienie transportu sanitarnego w przypadkach przewidzianych Ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
 - 10) Zapewnienie całodobowego wyżywienia,
 - 11) Prowadzenie edukacji zdrowotnej,
 - 12) Prowadzenie dokumentacji medycznej i statystycznej obowiązującej w Szpitalu,
 - 13) Za organizację pracy w oddziale i nadzór odpowiedzialny jest Ordynator/Lekarz kierujący we współpracy z Pielęgniarką oddziałową/koordynującą,
 - 14) Nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów działalności KO,
 - 15) Zarządzanie, organizację pracy KO oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów oddziału,
 - 16) Wykonywanie innych zadań zleconych przez Zarząd Spółki,
 - 17) Szczegółową organizację i tryb pracy w oddziałach szpitalnych określa Regulamin Oddziału i dokumentacja Zintegrowanego Systemu Zarządzania.
2. Obchody lekarskie odbywają się codziennie zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Ordynatora/Lekarza kierującego. W poszczególne dni tygodnia w salach chorych, odbywa się „wizyta ordynatorska” w obecności lekarzy Oddziału - lekarze prowadzący przedstawiają informacje o efektach i postępach leczenia poszczególnych pacjentów.
Obchody odbywają się 2 razy na dobę pomiędzy 8.30 a 10.00 oraz 18.00 a 20.00.
Szczegółowy harmonogram został zawarty w Regulaminach KO.
3. Informacji o stanie zdrowia hospitalizowanych oraz planowanym leczeniu i diagnozowaniu osobom uprawnionym do pozyskiwania takich informacji udzielają:
- 1) Ordynatorzy/Lekarze kierujący Oddziałów szpitalnych oraz lekarze prowadzący (w dni robocze),
 - 2) Lekarze dyżurni (we wszystkie dni tygodnia w godzinach dyżurowych oraz w przypadkach nagłego pogorszenia stanu zdrowia).
4. Informacji na temat opieki pielęgnacyjnej, zaleceń i prowadzonych zabiegów pielęgniarstwa udzielają:
- 1) Pielęgniarki Oddziałowe (w dni robocze);
 - 2) Pielęgniarki dyżurne (we wszystkie dni tygodnia w godzinach dyżurowych).
5. Osoby odpowiedzialne za opiekę nad pacjentem:
- 1) Ordynator/Lekarz kierujący Oddziału wyznacza dla każdego pacjenta lekarza prowadzącego, odpowiedzialnego za bieżącą terapię i opiekę medyczną, bieżące informowanie oraz prowadzenie jego dokumentacji.
 - 2) Ordynator/Lekarz kierujący Oddziałem decyduje o sposobie udostępnienia informacji o lekarzu prowadzącym pacjenta. W części oddziałów jest to np. umieszczenie na drzwiach sali chorych nazwiska lekarza prowadzącego pacjentów z danej sali lub oznaczenie strefami nadzoru lekarskiego, umieszczone na tablicy informacyjnej Oddziału.
 - 3) Lekarz planuje działania diagnostyczno-terapeutyczne w Indywidualnym Planie Leczenia pacjenta.
 - 4) Pielęgniarka Oddziałowa wyznacza dla każdego pacjenta pielęgniarkę opiekującą się nim w trakcie zmiany. Wyznaczenie to może być dokonane poprzez przydział określonych sal chorych.

- 5) Personel sprawujący opiekę nad pacjentem ma obowiązek przedstawić się imieniem i nazwiskiem (niezależnie od obowiązku noszenia identyfikatora) wraz z zajmowaną funkcją.
 - 6) Codziennie w wyznaczonych godzinach, lekarze i pielęgniarki przekazując pacjentów kolejnej zmianie, przedstawiają istotne informacje o stanie zdrowia pacjentów, nowych przyjęciach do Oddziału, interwencjach lekarskich oraz innych istotnych zdarzeniach i podjętych działaniach podczas wykonywania obowiązków służbowych zgodnie z zasadami określonymi w procedurach Zintegrowanego Systemu Zarządzania.
6. Odwiedziny chorych przebywających w oddziałach szpitalnych odbywają się codziennie. Szczegółowy zakres czasowy określają Regulaminy KO, z zastrzeżeniem, że:
- 1) Zamiar pozostania z pacjentem w godzinach ciszy nocnej odwiedzający powinni omówić z Ordynatorem/Lekarzem kierującym oddziału, jego zastępcami, a poza godzinami ich pracy z lekarzem dyżurnym,
 - 2) Dzieci do lat 12 mogą uczestniczyć w odwiedzinach tylko pod opieką osoby dorosłej.
 - 3) W przypadku pandemii choroby zakaźnej odwiedziny chorych mogą być na wniosek Ordynatora/lekarza kierującego oddziału ograniczone lub wstrzymane. Decyzję dotyczącą ograniczenia lub wstrzymania odwiedzin podejmuje Dyrektor ds. Lecznictwa/Naczelny Lekarz Szpitala w porozumieniu z Zespołem Kontroli Zakażeń Szpitalnych,
 - 4) Ordynator/lekarz kierujący oddziału szpitalnego ma prawo odmowy wyrażenia zgody na odwiedzanie chorego osobom, które swoim zachowaniem zakłócają pracę personelu i spokój hospitalizowanym lub zachowują się w sposób uciążliwy dla otoczenia.
 - 5) Odwiedzającym nie wolno:
 - a) siadać na łóżkach chorych, ani kłaść na nich własnej odzieży;
 - b) palić papierosów na terenie Szpitala;
 - c) przebywać na terenie Szpitala pod wpływem alkoholu lub innych środków odurzających;
 - d) przebywać w Szpitalu będąc w trakcie choroby zakaźnej,
 - 6) W salach intensywnej opieki medycznej w oddziałach oraz w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii obowiązują szczególne zasady podczas odwiedzin:
 - a) godziny i czas trwania odwiedzin odwiedzający powinni uzgodnić z personelem medycznym, aby były one optymalne dla chorego,
 - b) przy każdym chorym może przebywać jedna osoba odwiedzająca,
 - c) rozmowę należy prowadzić w sposób cichy i spokojny,
 - d) nie wolno korzystać z telefonów komórkowych.
7. Pomoc w sprawowaniu opieki nad bliskimi jest dobrowolna i odbywa się pod kierunkiem pielęgniarek, zgodnie z zaleceniami lekarskimi i planem opieki. Pomoc ta może być realizowana przez osoby bliskie lub osoby działające z ich upoważnienia.
8. Osoby bliskie oraz osoby działające z ich upoważnienia mogą uczestniczyć w sprawowaniu opieki nad pacjentami w poniższym zakresie:
- a) karmienie (z wyjątkiem pacjentów nieprzytomnych i mających problemy z połykaniem) ściśle wg określonej przez lekarza oddziałowego diety;
 - b) toaleta ciała (obcinanie paznokci, golenie, zmiana pampersa, czesanie, mycie);
 - c) toaleta przeciwoleżynowa (oklepywanie);
 - d) pomoc w zaspakajaniu potrzeb fizjologicznych;
 - e) uczestniczenie w procesie rehabilitacji w porozumieniu z rehabilitantem (np. spacerowanie po korytarzu, sadzanie w łóżku);
 - f) zaspakajanie potrzeb emocjonalnych i duchowych (czytanie, rozmowa).
9. Podczas sprawowania opieki, osoby bliskie nie mogą zaburzać pracy personelu medycznego ani być uciążliwe dla pozostałych pacjentów.

10. W przypadku wykonywania intymnych czynności przy pacjentach przebywających w tej samej sali, badań lekarskich i diagnostycznych osoby bliskie są zobowiązane opuścić salę chorych.
11. W przypadku obchodów lekarskich osoby bliskie są zobowiązane opuścić salę chorych.
12. Odzież wierzchnią należy pozostawić w szatni (za rzeczy przechowywane w szatni nie pobiera się opłaty).
13. W okresie wiosenno-letnim i wczesno-jesiennym pacjenci pod opieką osób bliskich mogą korzystać ze spacerów na terenie Szpitala. W każdym przypadku muszą na to uzyskać zgodę pielęgniarki.
14. W stosunku do pacjentów, którzy mają zaburzenia psychiczne, a więc: chorych psychicznie (wykazujących zaburzenia psychotyczne), upośledzonych umysłowo, wykazujących inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, mogą być stosowane środki przymusu bezpośredniego zgodnie z przepisami określonymi w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego i zasadami postępowania określonymi w procedurze zatwierdzonej przez Zarząd.
15. W razie pogorszenia stanu zdrowia, powodującego zagrożenie życia pacjenta lub w razie jego śmierci – obowiązek niezwłocznego powiadomienia wskazanej przez pacjenta osoby spoczywa na lekarzu sprawującym aktualnie opiekę nad pacjentem, w przypadku powiadamiania instytucji – obowiązek ten spoczywa na pielęgniarkę/położnej.
16. W razie śmierci pacjenta do obowiązków Szpitala należy:
 - a) należyte przygotowanie zwłok (umyte i okryte z zachowaniem godności) celem wydania instytucji uprawnionej do ich pochowania. Powyższe czynności nie stanowią przygotowania zwłok osoby zmarłej do pochowania i nie pobiera się za nie opłat,
 - b) przechowywanie zwłok w chłodni Prosektorium Zakładu Patomorfologii nieodpłatnie nie dłużej niż 72 godziny (od godziny przekazania zwłok do chłodni). Po tym czasie Szpital pobiera opłatę zgodnie z aktualnym Cennikiem,
 - c) każde dziecko martwo urodzone, które zostaje pozostawione przez matkę w Szpitalu podlega pochówkowi przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Słupsku (MOPR).
17. Zwłoki osoby, która zmarła w Szpitalu mogą być poddane sekcji, w szczególności, gdy zgon tej osoby nastąpił przed upływem 12 godzin od przyjęcia do Szpitala (dokonanie sekcji nie może nastąpić wcześniej niż po upływie 12 godzin od stwierdzenia zgonu), przy czym:
 - a) Lekarz zamierzający dokonać pobrania ze zwłok komórek, tkanek i narządów ustala istnienie wpisu w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów, prowadzonym przez Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji „Poltransplant”
 - b) Decyzję o zaniechaniu wykonania sekcji zwłok podejmuje osoba kierująca oddziałem informacja o powyższym musi być udokumentowana w Historii Choroby.
18. Szczegółowe zasady postępowania w przypadku zgonu pacjenta i pobierania ze zwłok komórek, tkanek i narządów określają procedury zatwierdzone przez Zarząd.

§ 14.

1. Każdy pacjent przyjęty do podmiotu leczniczego jest zapoznawany przez personel Oddziału z Kartą Praw Pacjenta, Regulaminem Oddziału oraz Przewodnikiem dla pacjenta.
2. W sytuacji, gdy pacjent jest nieletni lub gdy stan zdrowia pacjenta uniemożliwia zapoznanie z prawami i obowiązkami, o prawach i obowiązkach informowani są najbliżsi członkowie rodziny (rodzice/opiekunowie).
3. Karta Praw Pacjenta jest dostępna dla pacjenta i jego rodziny, poprzez wywieszenie w widocznym

miejscu w oddziale.

4. Szpital zapewnia możliwość komunikacji z pacjentami w kilku językach obcych.
5. W każdym Oddziale Szpitalnym znajduje się lista imienna pracowników Szpitala posiadających znajomość języków obcych, wskazanych w liście i lista numerów telefonów do poszczególnych pracowników.
6. Pacjenci niestyszący, mający problemy z komunikowaniem się mogą skorzystać z pomocy osoby znającej język migowy w sytuacjach, w których załatwiane są sprawy indywidualne związane z pobytem i leczeniem.

PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA

Prawa pacjenta określone w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

§ 15.

Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych

1. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
2. Pacjent ma prawo, w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych, do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń.
3. Pacjent ma prawo żądać, aby udzielający mu świadczeń zdrowotnych:
 - a. lekarz zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie;
 - b. pielęgniarka (położna) zasięgnęła opinii innej pielęgniarki (położnej).
4. Lekarz może odmówić zwołania konsylium lekarskiego lub zasięgnięcia opinii innego lekarza, jeżeli uzna, że żądanie, o którym mowa w pkt. 3, jest bezzasadne.
5. Pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.
6. W przypadku porodu pacjentka ma prawo do uzyskania świadczeń zdrowotnych związanych z porodem.
7. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością w warunkach odpowiadających wymaganiom fachowym i sanitarnym.

§ 16

Prawo pacjenta do informacji

1. Pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia.
2. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego przedstawiciel ustawowy mają prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami.
3. Pacjent lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do wyrażenia zgody na udzielenie informacji wyżej wymienionym osobom.
4. Pacjent ma prawo żądać, aby osoba wykonująca zawód medyczny nie udzielała mu informacji. Po uzyskaniu informacji, pacjent ma prawo przedstawić osobie wykonującej zawód medyczny swoje zdanie w tym zakresie.
5. Pacjent ma prawo żądać, aby lekarz udzielił mu informacji w pełnym zakresie.
6. Pacjent małoletni, który nie ukończył 16 lat, ma prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny informacji, w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego.

7. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od pielęgniarki, położnej przystępnej informacji o jego pielęgnacji i zabiegach pielęgniarstwach.
8. Pacjent, jego przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny mają prawo do dostatecznie wczesnej informacji o zamiarze odstąpienia przez lekarza od leczenia pacjenta i wskazania przez tego lekarza możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.
9. Pacjent ma prawo do informacji o prawach pacjenta.
10. Pacjent ma prawo do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, w tym o profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, realizowanych przez ten podmiot.

§ 17.

Prawo do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych

Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy, lub opiekun faktyczny ma prawo zgłaszania osobom wykonującym zawód medyczny, Prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych lub podmiotowi odpowiedzialnemu za wprowadzenie produktu leczniczego do obrotu działania niepożądanego produktu leczniczego.

§ 18.

Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych

1. Pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego,
2. Osoby wykonujące zawód medyczny, są związane tajemnicą również po śmierci pacjenta, chyba że zgodę na ujawnienie tajemnicy wyrazi osoba bliska. Zwolnienia z tajemnicy, nie stosuje się, jeśli ujawnieniu tajemnicy sprzeciwi się inna osoba bliska.

§ 19.

Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych

1. Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji, jeżeli przepisy odrębnych ustaw nie stanowią inaczej.
2. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza.
3. Przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, ma prawo do wyrażenia zgody, o której mowa w ust. 2. W przypadku braku przedstawiciela ustawowego prawo to, w odniesieniu do badania, może wykonać opiekun faktyczny.
4. Pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznanieniem, ma prawo do wyrażenia sprzeciwu, co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.
5. Badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym.
6. Zgoda oraz sprzeciw na udzielenie świadczeń zdrowotnych mogą być wyrażone ustnie albo takim zachowaniem wyżej wymienionych osób, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom albo brak takiej woli.
7. W przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgodę lub sprzeciw na ich wykonanie pacjent musi wyrazić w formie pisemnej. Przed wyrażeniem zgody pacjent ma prawo do uzyskania wszelkich

informacji o stanie swojego zdrowia i ewentualnych komplikacjach związanych z planowanym zabiegiem.

8. Zasady przeprowadzenia badania lub udzielenia innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza pomimo braku zgody albo wobec zgłoszenia sprzeciwu, o których mowa w art. 17 i 18, określają przepisy art. 33 i art. 34 ust. 6 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

§ 20.

Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta

1. Pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych.
2. Prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności.
3. Pacjent ma prawo do leczenia bólu.
4. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska.
5. Osoba wykonująca zawód medyczny udzielająca świadczeń zdrowotnych pacjentowi może odmówić obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w przypadku istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta. Odmowę odnotowuje się w dokumentacji medycznej.
6. Osoby wykonujące zawód medyczny, inne niż udzielające świadczeń zdrowotnych, uczestniczą przy udzielaniu tych świadczeń tylko wtedy, gdy jest to niezbędne ze względu na rodzaj świadczenia. Uczestnictwo, a także obecność innych osób wymaga zgody pacjenta, a w przypadku pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, jego przedstawiciela ustawowego, i osoby wykonującej zawód medyczny, udzielającej świadczenia zdrowotnego.

§ 21.

Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej

1. Pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych.
2. Szpital udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.
3. Szpital udostępnia dokumentację medyczną również innym instytucją, osobom zgodnie z przepisami prawa.
4. Po śmierci pacjenta, prawo wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia lub osoba, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym.
5. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:
 - a) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem medycznych czynności ratunkowych, albo w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć;
 - b) przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku;
 - c) przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta;
 - d) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;
 - e) na informatycznym nośniku danych.
6. Za udostępnienie dokumentacji medycznej Szpital pobiera opłatę zgodnie z obowiązującym cennikiem na zasadach zawartych w § 176.
7. Szpital przechowuje dokumentację medyczną zgodnie z zasadami wynikającymi z przepisów prawa.

§ 22.

Prawo pacjenta do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza

Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy mogą wnieść sprzeciw wobec opinii albo orzeczenia określonych w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, jeżeli opinia albo orzeczenie ma wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa.

§ 23.

Prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego.

Prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej; opieka rodzicielska w Szpitalu.

Ponoszenie kosztów realizacji prawa do kontaktu z innymi osobami o prawa do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej.

1. Pacjent korzystający z całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami. Pacjent ma prawo do odmowy kontaktu z tymi osobami.
2. Pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej. Przez dodatkową opiekę pielęgnacyjną rozumie się opiekę, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym także opiekę sprawowaną nad pacjentem małoletnim albo posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności oraz pacjentką w warunkach ciąży, porodu i połogu.
3. Przez dodatkową opiekę pielęgnacyjną sprawowaną nad pacjentem małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, w Szpitalu, rozumie się również prawo do pobytu wraz z nim przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego.
4. Pacjent ponosi koszty realizacji praw, o których mowa w ust. 1 i 2 jeżeli realizacja tych praw skutkuje kosztami poniesionymi przez Szpital. Przepisu nie stosuje się w przypadku dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa pkt. 3, w której Szpital udostępnia miejsce do spania (w tej samej sali lub poblizu – dostęp uzależniony od możliwości lokalowych danego Oddziału), pościeli korzystanie z mediów. Wskazane prawo do pobytów nie obejmuje posiłków dla rodziców lub opiekunów, które zapewnić muszą we własnym zakresie.
5. Wysokość opłaty rekompensującej koszty, ustala Zarząd Szpitala, uwzględniając rzeczywiste koszty realizacji tych praw.
6. Informacja o wysokości opłat jest zawarta w niniejszym Regulaminie Organizacyjnym, dostępnym na stronie internetowej Szpitala oraz w każdej KO Szpitala.

§ 24.

Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej

1. Pacjent w Szpitalu, korzystający z całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych, ma prawo do opieki duszpasterskiej.
2. W sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia Szpital jest obowiązany umożliwić pacjentowi kontakt z duchownym jego wyznania.

§ 25.

Prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie.

Pacjent ma prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie.

§ 26.

Prawa pacjenta określone w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty

Pacjent ma prawo do:

1. udzielania mu świadczeń zdrowotnych przez lekarza, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi lekarzowi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością,
2. uzyskania od lekarza pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki,

3. uzyskania od lekarza przystępnej informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.
4. zażądania od lekarza informacji o swoim stanie zdrowia i o rokowaniu wówczas, gdy sądzi, że lekarz ogranicza mu informację z uwagi na jego dobro,
5. decydowania o osobach, którym lekarz może udzielać informacji,
6. wyrażenia żądania, aby lekarz nie udzielał mu informacji,
7. niewyrażenia zgody na przeprowadzenie przez lekarza badania lub udzielenia mu innego świadczenia zdrowotnego, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie.
8. wyrażenia zgody albo odmowy na wykonanie mu zabiegu operacyjnego albo zastosowania wobec niego metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko,
9. uzyskania od lekarza informacji, jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu, bądź stosowania określonej metody leczenia lub diagnostyki, w związku z wystąpieniem okoliczności stanowiących zagrożenie dla życia lub zdrowia pacjenta, lekarz dokonał zmian w ich zakresie,
10. poszanowania przez lekarza jego intymności i godności osobistej,
11. wyrażania zgody albo odmowy na uczestniczenie przy udzielaniu mu świadczeń zdrowotnych osób innych niż personel medyczny niezbędny ze względu na rodzaj świadczeń,
12. wnioskowania do lekarza o zasięgnięcie przez niego opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizowania konsylium lekarskiego,
13. dostatecznie wcześniejszego uprzedzenia go przez lekarza o zamiarze odstąpienia od jego leczenia i wskazania mu realnych możliwości uzyskania określonego świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym,
14. zachowania w tajemnicy informacji związanych z nim a uzyskanych przez lekarza w związku z wykonywaniem zawodu,
15. uzyskania od lekarza informacji o niekorzystnych dla niego skutkach, w przypadku wyrażenia zgody na ujawnienie dotyczących go informacji, będących w posiadaniu lekarza,
16. wyrażania zgody lub odmowy na podawanie przez lekarza do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację pacjenta,
17. pacjent, który ma być poddany eksperymentowi medycznemu ma prawo do:
 - a. wyrażenia zgody lub odmowy na udział w eksperymencie medycznym po uprzednim poinformowaniu go przez lekarza o celach, sposobach i warunkach przeprowadzenia eksperymentu, spodziewanych korzyściach leczniczych lub poznawczych, ryzyku oraz o możliwościach cofnięcia zgody i odstąpienia od udziału w eksperymencie w każdym jego stadium,
 - b. poinformowania go przez lekarza o niebezpieczeństwie dla zdrowia i życia, jakie może spowodować natychmiastowe przerwanie eksperymentu,
 - c. cofnięcia zgody na eksperyment medyczny w każdym stadium eksperymentu.

§ 27.

Prawa pacjenta określone w ustawie z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej

Pacjent ma prawo do:

1. udzielania mu świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę, położną, posiadającą prawo wykonywania zawodu, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi jej metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz ze szczególną starannością,
2. udzielenia mu pomocy przez pielęgniarkę, położną, zgodnie z posiadanymi przez nią kwalifikacjami, w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego.
3. uzyskania od pielęgniarki, położnej informacji o jego prawach,

4. uzyskania od pielęgniarki, położnej informacji o swoim stanie zdrowia, w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgnacyjnej lub opieki podczas ciąży oraz prowadzenia porodu i połogu.
5. zachowania w tajemnicy informacji związanych z nim, a uzyskanych przez pielęgniarkę, położną w związku z wykonywaniem zawodu,
6. wyrażania zgody lub odmowy na podawanie przez pielęgniarkę, położną do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację pacjenta.

§ 28.

Prawa pacjenta określone w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego

Pacjent z zaburzeniami psychicznymi, chory psychicznie lub upośledzony umysłowo ma prawo do:

1. bezpłatnych świadczeń zdrowotnych udzielanych mu przez publiczne zakłady psychiatrycznej opieki zdrowotnej,
2. bezpłatnych leków i artykułów sanitarnych oraz pomieszczenia i wyżywienia, jeżeli przebywa w szpitalu psychiatrycznym będącym publicznym podmiotem leczniczym,
3. zapewnienia mu rodzaju metod postępowania leczniczego właściwych nie tylko z uwagi na cele zdrowotne, ale także ze względu na interesy oraz inne jego dobro osobiste i dążenie do jego poprawy zdrowia w sposób najmniej dla pacjenta uciążliwy,
4. porozumiewania się bez ograniczeń z rodziną i innymi osobami, w przypadku, gdy przebywa w szpitalu psychiatrycznym albo w domu pomocy społecznej,
5. wystąpienia o okresowe przebywanie poza szpitalem bez wypisywania go ze Szpitala,
6. uprzedzenia go o zamiarze zastosowania wobec niego przymusu bezpośredniego; dopuszczenie zastosowania tego środka wobec pacjenta musi wynikać z ustawy,
7. uprzedzenia o zamiarze przeprowadzenia badania psychiatrycznego bez jego zgody oraz podania przyczyn takiej decyzji; badanie takie może być przeprowadzone, jeżeli zachowanie pacjenta wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych może zagrażać bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, bądź nie jest zdolny do zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych,
8. wyrażenia zgody lub odmowy na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego, z wyłączeniem sytuacji, gdy przepisy ustawy dopuszczają przyjęcie do szpitala psychiatrycznego bez zgody pacjenta,
9. poinformowania i wyjaśnienia mu przez lekarza przyczyny przyjęcia do szpitala psychiatrycznego w sytuacji, gdy nie wyraził na to zgody oraz uzyskania informacji o przysługujących mu w tej sytuacji prawach,
10. cofnięcia uprzednio wyrażonej zgody na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego,
11. niezbędnych czynności leczniczych mających na celu usunięcie przyczyny przyjęcia go do szpitala bez jego zgody i zapoznania go z planowanym postępowaniem leczniczym,
12. wypisania ze szpitala psychiatrycznego, jeżeli przebywa w nim bez wyrażenia przez siebie zgody, jeżeli ustały przyczyny jego przyjęcia i pobytu w szpitalu psychiatrycznym bez takiej zgody,
13. pozostania w szpitalu w sytuacji, o której mowa w pkt. 17, za swoją później wyrażoną zgodą, jeżeli w ocenie lekarza, jego dalszy pobyt w tym szpitalu jest celowy,
14. złożenia, w dowolnej formie, wniosku o nakazanie wypisania go ze szpitala psychiatrycznego,
15. wystąpienia do sądu opiekuńczego o nakazanie wypisania ze szpitala psychiatrycznego, po uzyskaniu odmowy wypisania ze szpitala na wniosek,
16. informacji o terminie i sposobie złożenia wniosku do sądu opiekuńczego, o którym mowa w pkt.15,
17. złożenia wniosku o ustanowienie kuratora, jeżeli przebywając w szpitalu psychiatrycznym potrzebuje pomocy do prowadzenia wszystkich swoich spraw, albo spraw określonego rodzaju oraz ma prawo do tego, aby osoby wykonujące czynności wynikające z ustawy zachowały w tajemnicy wszystko co go dotyczy, a o czym powzięły wiadomość wykonując czynności wynikające z ustawy,
18. informacji o zakresie działania i sposobie kontaktu z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego,
19. przekazania ustnych i pisemnych skarg dotyczących naruszenia praw,

20. spotkania z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, w warunkach zapewniających swobodę wypowiedzi, nie później niż w terminie 7 dni od dnia zgłoszenia takiej potrzeby,
21. uzyskania informacji o rozstrzygnięciu zgłoszonej sprawy.

§ 29.

Prawa pacjenta określone w ustawie z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu

Pacjent ma prawo do:

1. wyrażenia i cofnięcia w każdym czasie sprzeciwu na pobranie po jego śmierci komórek, tkanek i narządów,
2. dobrowolnego wyrażenia przed lekarzem zgody na pobranie od niego za życia komórek, tkanek lub narządów w celu ich przeszczepienia określonemu biorcy, jeżeli ma pełną zdolność do czynności prawnych,
3. ochrony danych osobowych dotyczących dawcy/biorcy przeszczepu i objęcia ich tajemnicą.

Pacjent mający być biorcą ma prawo do umieszczenia go na liście osób oczekujących na przeszczepienie komórek, tkanek i narządów i być wybrany, jako biorca w oparciu o kryteria medyczne.

§ 30.

Praw pacjenta w zakresie opieki okołoporodowej na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.

Pacjentka ma prawo do:

1. respektowania prawa do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji związanych z ciążą, porodem, potogiem oraz opieką nad noworodkiem, obejmujących zakres podejmowanych działań i stosowanych procedur medycznych;
2. wyboru miejsca porodu w warunkach szpitalnych lub pozaszpitalnych;
3. możliwości wyboru osoby sprawującej opiekę spośród osób uprawnionych do jej sprawowania, z uwzględnieniem możliwości organizacyjnych podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
4. łagodzenia bólu porodowego.

§ 31.

Ograniczenia praw pacjenta.

Ograniczenia praw pacjenta oprócz prawa do godności wynikają z ustaw regulujących dane prawo i z konieczności ochrony zdrowia lub życia innych osób lub samego pacjenta. Ograniczenia z korzystania z praw wynikają m.in. z:

1. ustawy z dnia 26 października 1982r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi
2. ustawy z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu narkomanii
3. ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi

Zarząd Szpitala lub upoważniony przez niego lekarz może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta:

1. w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów,
2. a w przypadku praw do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami, także ze względu na możliwości organizacyjne podmiotu.

§ 32.

Obowiązki pacjenta:

1. Pacjent powinien w szczególności:

- a) odnosić się życzliwie i kulturalnie do innych pacjentów i personelu Szpitala, przestrzegać higieny osobistej oraz utrzymywać właściwy stan sanitarny swojego otoczenia,
- b) przestrzegać ciszy nocnej i przebywać w oddziale, każdorazowo zgłaszać pielęgniarkę, położnej zamiar opuszczenia oddziału na którym pacjent jest leczony,

- c) stosować się do ustalonego porządku pracy zespołu, przebywać w wyznaczonych salach w porach obchodów lekarskich, zabiegów leczniczo-pielęgniarskich i w czasie wydawania posiłków,
 - d) posiadać odpowiednie dokumenty - dowód osobisty lub inny dokument potwierdzający tożsamość, skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, wyniki badań wykonanych lub zleconych do wykonania przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (jeżeli wymagane),
 - e) nie opuszczać terenu szpitala, chyba, że został do tego upoważniony przez odpowiednią osobę,
 - f) stosować się do wskazówek i zaleceń lekarzy, pielęgniarek i innego personelu medycznego zarówno w zakresie procesu diagnostyczno-terapeutycznego i rehabilitacyjnego, jak i w sprawach organizacyjno-administracyjnych,
 - g) zaniechać przyjmowania jakichkolwiek leków oraz nie poddawać się żadnym zabiegom medycznym bez zezwolenia lekarza oraz poinformować lekarza prowadzącego o stale przyjmowanych lekach niezwiązanych z jednostką chorobową, która jest przyczyną hospitalizacji (używanie tych leków w czasie pobytu w Szpitalu wymaga zgody tego lekarza),
 - h) współpracować z personelem Szpitala w wykonywaniu czynności zmierzających do poprawy stanu zdrowia chorego,
 - i) uzyskać zgodę na spożycie lub podanie do spożycia innym pacjentom żywności i napojów przyniesionych spoza Szpitala,
 - j) szanować własność Szpitala (pacjent ponosi odpowiedzialność odszkodowawczą za szkody wyrządzone w mieniu placówki dokonane z winy pacjenta),
 - k) złożyć do depozytu wszystkie wartościowe przedmioty będące w jego posiadaniu (Szpital nie ponosi odpowiedzialności za zagubienie rzeczy takiego rodzaju niezłożonych do depozytu),
 - l) stosować się do przepisów o bezpieczeństwie, higienie i zagrożeniu pożarowym,
 - m) przestrzegać zakazu manipulowania przy aparaturze i urządzeniach medycznych, elektrycznych, gazowych wentylacyjnych i grzewczych,
 - n) udzielić w trakcie wywiadu lekarskiego lub pielęgniarskiego pełnej i prawdziwej informacji o swoim stanie zdrowia,
 - o) korzystać z telefonów komórkowych w sposób niestwarzający uciążliwości dla innych pacjentów i poza godzinami ciszy nocnej. Ze względu na obecność aparatury medycznej i możliwość powstania zakłóceń w jej funkcjonowaniu Zarząd może określić strefy i pomieszczenia, w których obowiązuje całkowity zakaz korzystania z telefonów komórkowych, a doraźnie lekarz kierujący oddziałem lub kierownik komórki organizacyjnej.
 - p) zabrania się leżenia w łóżku w odzieży cywilnej i obuwiu, siadania na łóżkach innych pacjentów, chodzenia bez dostatecznego ubrania wierzchniego.
 - q) odpowiadać za zachowanie osób go odwiedzających.
2. O wypisie pacjenta przed zakończeniem procesu diagnostyczno – terapeutycznego z powodu rażącego naruszenia regulaminu danego oddziału decyduje Ordynator/Lekarz kierujący Oddziałem.
 3. Szpital nie ponosi odpowiedzialności za szkody wynikłe z zatajenia bądź udzielenia nieprawdziwej informacji, co do istotnych spraw dotyczących zdrowia pacjenta.

Pacjentowi nie wolno:

1. przechowywać na terenie Szpitala artykułów żywnościowych łatwo psujących się,
2. wnosić do Szpitala ani spożywać napojów alkoholowych,
3. wnosić do Szpitala ostrych narzędzi, których użycie mogłoby stanowić zagrożenie dla otoczenia,
4. posiadać, stosować, dystrybuować środków odurzających, narkotyków, substancji psychotropowych i innych podobnie działających,
5. palić tytoniu na terenie Szpitala,
6. wychodzić poza teren Szpitala.

Pacjentowi małoletniemu przysługują takie same prawa co Pacjentowi pełnoletniemu, z tą różnicą, że informacja o stanie zdrowia małoletniego jest przekazywana rodzicom lub opiekunom i rodzice lub opiekunowie decydują o zgodzie lub odmowie zgody na proponowane zabiegi i badania. W przypadku, gdy małoletni Pacjent ukończył 16 lat, ma prawo do współdecydowania.

ZAKRES DZIAŁAŃ POSZCZEGÓLNYCH ODDZIAŁÓW SZPITALNYCH
STACJONARNE I CAŁODOBOWE ŚWIADCZENIA SZPITALNE

§ 33.

- 1) **SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY** jest komórką organizacyjną Szpitala działającą w ramach Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego w oparciu o przepisy Ustawy z dnia 08.09.2006r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym z późniejszymi zmianami.
1. SOR przeznaczony jest do całodobowego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej polegających na wstępnej diagnostyce i podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.
2. Przez stan nagłego zagrożenia zdrowotnego rozumie się stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych czynności ratunkowych i leczenia.
3. SOR udziela świadczeń opieki zdrowotnej dla osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego:
 - 1) przetransportowanych przez:
 - a) zespoły ratownictwa medycznego,
 - b) jednostki współpracujące z systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego,
 - c) zespoły wyjazdowe, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 5 ust. 4 ustawy z dnia 20 marca 2009 r. o bezpieczeństwie imprez masowych
 - d) lotnicze zespoły poszukiwawczo-ratownicze, o których mowa w art. 140a ust. 5 ustawy z dnia 3 lipca 2002 r. - Prawo lotnicze oraz podmioty, o których mowa w art. 140b ust. 3 tej ustawy,
 - e) podmioty realizujące transport sanitarny na podstawie zlecenia lekarza albo felczera, w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
 - 2) zgłaszających się samodzielnie.
4. W oddziale nie odbywają się przyjęcia osób skierowanych na leczenie szpitalne w trybie planowym.
5. Dopuszcza się udział personelu realizującego świadczenia:
 - a) nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, oraz
 - b) szpitalnew udzielaniu świadczeń zdrowotnych w oddziale SOR.
6. W przypadku pacjentów zgłaszających się **ZE SKIEROWANIEM** do określonego oddziału Szpitala.
- 6.1 Koordynator SOR/Starszy lekarz SOR:
 - a) weryfikuje priorytet przyjęcia pacjenta,
 - b) postępuje zgodnie z pkt. 7 w przypadku pacjentów w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego,
 - c) weryfikację konieczności konsultacji lekarza oddziału,
 - d) zleca badania dodatkowe potrzebne do przeprowadzenia konsultacji (na podstawie opracowanych pakietów wstępnej diagnostyki z danych oddziałów) - *jeśli wymagane*,
- 6.2 Koordynator SOR/Starszy lekarz SOR decyduje o konieczności konsultacji lekarza oddziału wskazanego na Skierowaniu, który w ramach konsultacji:
 - a) weryfikuje konieczność hospitalizacji pacjenta zgłaszającego się do SOR ze Skierowaniem do określonego oddziału Szpitala oraz podejmuje decyzję **w czasie do 4 godzin od momentu zgłoszenia ewentualnej konsultacji** (z zastrzeżeniem że czas ten może się wydłużyć, jeśli z przyczyn obiektywnych nie można tego czasu dotrzymać (awaria sprzętu diagnostycznego, nadzwyczajna sytuacja w oddziale itp.) o:
 - a. przyjęciu do wskazanego oddziału, lub
 - b. weryfikacji rozpoznania ze skierowania na podstawie:
 1. wyników badań dołączonych do skierowania lub
 2. po przeprowadzonej diagnostyce wykonanej w SOR, lub

3. po przeprowadzonej diagnostyce różnicowej wykonanej w SOR, która wskazuje na potrzebę przyjęcia pacjenta na inny oddział niż wynikający ze skierowania, lub
 - c. wypisie i udzieleniu informacji pacjentowi o konieczności zgłoszenia się do oddziału celem wyznaczenia terminu planowej hospitalizacji (oryginał skierowania otrzymuje pacjent, kserokopia w dokumentacji SOR), lub
 - d. wypisie i skierowaniu do leczenia w innym podmiocie leczniczym, lub
 - e. wypisie z SOR osoby nie będącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego i nie wymagającej hospitalizacji w oddziale szpitalnym wraz z wydaniem zaleceń dla lekarza POZ/AOS kontynuujących opiekę nad pacjentem odnośnie dalszego postępowania (zgodnie z zakresem kompetencji, listą i ewentualnie e-receptą z dawkowaniem zalecanych leków).
- 6.3 W przypadku braku możliwości konsultacji lekarza oddziałowego w SOR (udział w długotrwałych zabiegach, długotrwałe zaangażowanie w sytuację nadzwyczajną w Oddziale) opiekę, wstępną diagnostykę przejmuje lekarz systemu SOR. W ramach współpracy – lekarz – konsultant proponuje wstępną diagnostykę i jeśli stan pacjenta tego wymaga włączenie odpowiedniego **leczenia stabilizacji stanu klinicznego** do czasu przejścia pacjenta. Lekarz SOR dokumentuje ten fakt w dokumentacji medycznej.
- 6.4 Końcowa decyzja winna być przez lekarza oddziału wpisana do dokumentacji medycznej SOR (zapis w „Wyniku konsultacji”) wraz z wydaniem zaleceń odnośnie dalszego postępowania (zgodnie z zakresem kompetencji, ewentualnie e-receptą z dawkowaniem zalecanych leków).
- 6.5 W przypadku braku wolnych miejsc w oddziale, na którym powinna odbywać się hospitalizacja lekarz danego oddziału w czasie do 4 godzin:
- a) wykorzystuje łóżka zarezerwowane dla przyjęć planowych,
 - b) wykorzystuje łóżka rezerwowe w postaci dostawki w oddziale,
 - c) ustala miejsce i wskazuje szpital/inną jednostkę zewnętrzną (w przypadku problemów z ustaleniem miejsca - przy współpracy ze Starszą Pielęgniarką SOR/Starszym Ratownikiem SOR), gdzie należy chorego przewieźć. W przypadku braku możliwości przekazania do innego szpitala, lekarz oddziału dokumentuje ten fakt w konsultacji ze wskazaniem, które oddziały szpitalne/inne jednostki zewnętrzne odmówiły przyjęcia.
- 6.6 W przypadku wyczerpania możliwości z pkt. 6.5 a do c, pacjent nadal pozostaje pacjentem SOR z priorytetem przyjęcia do wskazanego oddziału (przyjęcie przed pacjentami planowymi ze wskazaniem przewidywanej godziny przyjęcia na oddział docelowy) z zastrzeżeniem że czas pobytu pacjenta w SOR nie może przekroczyć 24 godzin od chwili jego rejestracji w systemie TOP-SOR.
- 6.7 W przypadku wydłużającego się czasu decyzji lekarza oddziału (powyżej 4 godzin) i/lub możliwości przekroczenia czasu pobytu pacjenta w SOR wskazanego w pkt. 6.6. Koordynator SOR/Starszy Lekarz SOR kieruje pacjenta do oddziału w trybie administracyjnym.
- 6.8 Koordynator SOR/ Starszy Lekarz SOR zobowiązany jest do powiadomienia telefonicznego lekarza oddziału, na który pacjent jest kierowany w trybie administracyjnym (zapis w Historii Choroby). Przyjęcie administracyjne może się odbyć wyłącznie w przypadku obecności lekarza w oddziale.
- 6.9 Lekarz systemu SOR zamyka i zatwierdza dokumentację pacjenta.
7. W przypadku pacjentów zgłaszających się **BEZ SKIEROWANIA** do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego:
- 7.1 Lekarz systemu SOR po weryfikacji priorytetu, po wstępnej diagnostyce i stabilizacji funkcji życiowych:

- a) gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych w SOR podejmuje decyzję o:
- przekazaniu do wskazanego oddziału
 - wypisie i udzieleniu informacji pacjentowi o konieczności zgłoszenia się do oddziału celem wyznaczenia terminu planowej hospitalizacji
 - wypisie i skierowaniu do leczenia w innym podmiocie leczniczym albo
 - wypisie pacjenta do domu wraz z zaleceniami.
- b) podejmuje decyzję o zakwalifikowaniu do dalszej diagnostyki i leczenia do **stabilizacji stanu klinicznego pacjenta w SOR.**

7.2 W sytuacjach pacjentów z wieloma schorzeniami lub urazami, Koordynator SOR/Starszy lekarz SOR organizuje konsylium lekarskie z lekarzami z poszczególnych oddziałów, na którym zostaje podjęta decyzja w sprawie miejsca hospitalizacji pacjenta.

7.3 W przypadku braku wolnych miejsc w oddziale, w którym powinna odbywać się hospitalizacja – postępowanie jak w punkcie 6.5-6.9.

7.4 W przypadku przedłużającej się decyzji, dotyczącej przyjęcia pacjenta do oddziału, jak również w przypadku, w którym opinie konsultantów z różnych dziedzin medycyny są rozbieżne co do docelowego miejsca przyjęcia, Koordynator SOR/Starszy lekarz SOR w oparciu o ocenę stanu pacjenta i działania diagnostyczno – lecznicze, może podjąć decyzję o przekazaniu administracyjnym do oddziału w którym w jego opinii powinna odbywać się hospitalizacja. Koordynator SOR/ Starszy Lekarz SOR zobowiązany jest do powiadomienia telefonicznego lekarza oddziału, w którym pacjent jest kierowany w trybie administracyjnym (zapis w Historii Choroby). Przyjęcie administracyjne może się odbyć wyłącznie w przypadku obecności lekarza w oddziale.

7.5 Lekarz systemu SOR zamyka i zatwierdza dokumentację pacjenta.

7.6 W przypadku udzielania świadczeń medycznych przez lekarza dyżurnego poza oddziałem, na którym pełni dyżur należy wstrzymać się z przekazaniem pacjenta do powrotu lekarza.

7.7 W przypadku nieobecności lekarza dyżurnego oddziału zabiegowego (wykonywanie zabiegu na Bloku Operacyjnym) należy wstrzymać się z przekazaniem pacjenta do powrotu lekarza z Bloku Operacyjnego.

7.8 Przekazanie pacjenta z SOR, zakwalifikowanego do hospitalizacji w oddziale, **na podstawie wpisu konsultacji** nie może przekroczyć 2 godzin, **z zastrzeżeniem nie przekroczenia 24 godzin** pobytu pacjenta w SOR **od momentu jego rejestracji w systemie Eskulap.**

8. SOR posiada następujące obszary:

1) Obszar segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć – hol:

a) Osoby, zgłaszające się samodzielnie:

- pobierają w automacie biletowym bilet z oznaczeniem indywidualnego numeru oraz czasu przybycia do oddziału;
- są rejestrowane na stanowisku rejestracji medycznej;
- są niezwłocznie poddawane segregacji medycznej, w przebiegu której ich stan zdrowia jest oceniany pod względem ustalenia priorytetu udzielania im świadczeń zdrowotnych i przypisania do jednej z poniższych kategorii,

- 4) oczekują na pierwszy kontakt z lekarzem i kolejne etapy udzielenia im świadczeń zdrowotnych.
- b) Za osoby przewiezione do oddziału przez zespoły RM, jednostki lub podmioty, bilet pobiera członek tego zespołu, jednostki lub podmiotu.
- c) W obrębie obszaru przeprowadzona jest przez ratownika medycznego/ pielęgniarkę systemu lub lekarza systemu SOR - pod nadzorem Koordynatora SOR/Starszego lekarza SOR, wstępna segregacja pacjentów, przeprowadzenie wywiadu medycznego i zebranie danych służących ocenie stanu zdrowia osoby oraz określenie priorytetu pacjentów trafiających do SOR (zakwalifikowania pacjenta do jednej z kategorii). Wstępna ocena pacjenta obejmuje ocenę stanu zdrowia oraz pomiar parametrów życiowych m. in.:
- pomiar temperatury ciała, ciśnienia tętniczego, tętna, saturacji, liczby oddechów, glikemii, wagi ciała,
 - ocenę świadomości,
 - ocenę stopnia nasilenia bólu,
 - wykonanie zapisu EKG.
- d) W wyniku przeprowadzonej segregacji medycznej osoba, jest przydzielana do jednej z pięciu kategorii zróżnicowanych pod względem stopnia pilności udzielenia jej świadczeń zdrowotnych, gdzie:
- kolor czerwony oznacza natychmiastowy kontakt z lekarzem;
 - kolor pomarańczowy oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 10 minut;
 - kolor żółty oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 60 minut;
 - kolor zielony oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 120 minut;
 - kolor niebieski oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 240 minut.
- e) Osoby, które zostały przydzielone do kategorii pilności oznaczonej KOLOREM ZIELONYM lub NIEBIESKIM (na podstawie § 6 ust. 11 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego) są poinformowane przez personel kwalifikujący o przydzielonej kategorii pilności, czasie oczekiwania i możliwości podjęcia decyzji przez pacjenta o uzyskaniu pomocy w miejscu udzielania świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej lub nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.
- f) Po zakończeniu diagnostyki i leczenia pacjenta przyjętego do SOR, pacjent otrzymuje Kartę informacyjną leczenia szpitalnego w SOR.
- g) Pacjenci, pozostają na terenie oddziału pod opieką pielęgniarki systemu, ratownika medycznego lub lekarza systemu i w razie potrzeby poddawani są ocenie ich stanu klinicznego. Ocena stanu klinicznego dokonywana jest nie rzadziej niż co 90 minut, licząc od chwili rejestracji, a jej wyniki są odnotowywane w dokumentacji medycznej.
- h) W obrębie obszaru segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć Szpital zapewnienia:
- przeprowadzenie wstępnej oceny osób i bezkolizyjnego transportu tych osób do innych obszarów oddziału lub do innego oddziału szpitala;
 - jednoczesną segregację medyczną, rejestrację i przyjęcie co najmniej dwóch osób,
 - warunki niezbędne do przeprowadzenia wywiadu z zespołami, jednostkami lub podmiotami, oraz z osobą, która znajduje się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, lub z osobą jej towarzyszącą.
 - środki łączności na potrzeby łączności z zespołami ratownictwa medycznego, dyspozytorem medycznym, wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego, centrum urazowym, centrum urazowym dla dzieci oraz z jednostkami organizacyjnymi szpitala wyspecjalizowanymi w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, a także kompleksową łączność wewnątrzszpitalną oraz niezależny stały nasłuch na kanale ogólnopolskim;
 - system bezprzewodowego przywoływania osób,

- f. co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne wyposażone dodatkowo w natrysk i wózek-wannę, przystosowane dla osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich;
 - g. stanowisko dekontaminacji;
 - h. gabinety do przeprowadzenia segregacji medycznej, w liczbie niezbędnej do prawidłowego funkcjonowania obszaru.
- i) W obrębie obszaru przyjęć zlokalizowane jest stanowisko Starszej Pielęgniarki SOR służące do organizowania i koordynowania pracy w SOR.
- 2) Obszar resuscytacyjno-zabiegowy:
- a) w obszarze resuscytacyjno-zabiegowym znajduje się 2 sale resuscytacyjne jedno-stanowiskowe,
 - b) zadania wykonywane w/ w obszarze to:
 - a. monitorowanie i podtrzymywanie funkcji życiowych,
 - b. prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowo-mózgowej,
 - c. prowadzenie resuscytacji około urazowej,
 - d. wykonywanie podstawowego zakresu wczesnej diagnostyki i wstępnego leczenia urazów.
- 3) Obszar wstępnej intensywnej terapii:
- a) w obszarze wstępnej intensywnej terapii znajduje się sala intensywnej terapii z dwoma stanowiskami,
 - b) zadania wykonywane w/ w obszarze to:
 - a. monitorowanie i podtrzymywanie funkcji życiowych,
 - b. prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowo-mózgowej,
 - c. wykonywanie pełnego zakresu wczesnej diagnostyki i wstępnego leczenia urazów,
 - d. prowadzenie resuscytacji płynowej,
 - e. leczenie bólu,
 - f. wstępne leczenie zatruc,
- 4) Obszar terapii natychmiastowej:
- a) w obszarze terapii natychmiastowej znajduje się sala zabiegowa, sala opatrunków gipsowych,
 - b) zadania wykonywane w/ w obszarze to:
 - a. wykonywanie wczesnej diagnostyki i leczeniem drobnych zabiegów chirurgicznych,
 - b. opracowanie chirurgiczne ran i drobnych urazów,
 - c. leczenie bólu,
 - c) 1 sala operacyjna.
- 5) Obszar obserwacji:
- a) w obrębie obszaru obserwacji znajduje się 1 sala obserwacyjna oraz izolatka 1-tóżkowa,
 - b) zadania wykonywane w/ w obszarze to:
 - a. monitorowanie rytmu serca i oddechu,
 - b. nieinwazyjne monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi,
 - c. monitorowania temperatury powierzchniowej,
 - d. monitorowanie wysycenia tlenowego hemoglobiny,
 - e. stosowanie biernej tlenoterapii,
 - f. prowadzenie infuzji dożylnych,
- 6) Obszar konsultacyjny:
- a) w obrębie obszaru konsultacyjnego znajdują się 3 gabinety do badań lekarskich, połączone traktem komunikacyjnym,
 - b) zadania wykonywane w/ w obszarze to:
 - a. prowadzenie badań lekarskich,

b. prowadzenie konsultacji specjalistycznych.

7) Obszar pediatryczny:

Obsługuje dzieci, którym przypisano priorytet żółty, zielony lub niebieski.

a) w obrębie obszaru pediatrycznego znajduje się gabinet do badań lekarskich, pokój obserwacyjny oraz gabinet zabiegowy.

b) zadania wykonywane w/ w obszarze to:

- a. prowadzenie badań lekarskich,
- b. prowadzenie konsultacji specjalistycznych.

8. Zarząd Szpitala:

1) określił maksymalny czas na podjęcie przez:

a) lekarza dyżurnego SOR decyzji, o:

1. skierowaniu pacjenta na leczenie do oddziałów szpitala (po zakończeniu diagnostyki i stabilizacji funkcji życiowych gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych w SOR) –24 godz.
2. odmowie dalszego leczenia w SOR osoby niebędącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego –4,5 godziny

b) lekarza SOR decyzji o przyjęciu pacjenta do dalszego leczenia na SOR - 4,5 godziny

c) lekarza Oddziału decyzji o przyjęciu pacjenta skierowanego przez Lekarza SOR na dalsze leczenie do właściwego Oddziału –2 godziny

9. Zarząd Szpitala po zasięgnięciu opinii Ordynatorów/Koordinatorów Oddziałów określił liczbę łóżek w poszczególnych Oddziałach, zabezpieczanych na potrzeby osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego skierowanych do tych Oddziałów SOR:

Oddział	Liczba łóżek na potrzeby SOR osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego
Oddział Chorób Wewnętrznych i Chorób Płuc	4
Oddział Kardiologiczny, Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej	6
Oddział Neurologiczny, Oddział Udarowy	4
Oddział Okulistyczny	1
Oddział Otorinolaryngologiczny	2
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	2
Oddział Chirurgiczny Ogólny dla Dzieci	2
Oddział Urologiczny	2
Oddział Chirurgiczny Ogólny	4
Oddział Chirurgii Naczyniowej	2
Oddział Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej	3
Oddział Neurochirurgiczny	2
Oddział Pediatryczny	3
Oddział Neonatologiczny	3
Oddział Późniczo - Ginekologiczny	5
RAZEM	45
Ogółem w Szpitalu:	45

10. SOR w razie konieczności leczenia specjalistycznego w innych jednostkach ochrony zdrowia w celu zachowania ciągłości procesu leczenia organizuje transport do innych podmiotów leczniczych i dokonuje zabezpieczenia medycznego pacjentów:

11. Transport zabezpiecza:

- 1) personel karetki firmy transportowej,
- 2) lekarz systemu SOR (wskazany przez Koordynatora SOR/Starszego lekarza SOR) lub
- 3) lekarz anestezjolog Zespołu Interwencyjnego, gdy pacjent wymaga zabezpieczenia anestezyjologicznego (zapis w Zleceniu transportu sanitarnego F-115/PO-01/PQ-04)
- 4) w przypadku wyjazdu lekarza anestezjologa Zespołu Interwencyjnego, jego obowiązki w Zespole Interwencyjnym przejmują pozostający w szpitalu lekarz anestezjolog.
- 5) w przypadku sporów pomiędzy personelem medycznym Starszy Lekarz Dyżuru wskazuje lekarza do uczestnictwa w transporcie medycznym.

12. W celu realizacji zadań SOR lekarze oddziału współpracują z zespołami ratownictwa medycznego ZRM oraz z lekarzami oddziałów szpitalnych:

- a) w sytuacjach pacjentów z wieloma schorzeniami lub urazami, Koordynator SOR/ Starszy Lekarz SOR organizuje konsylium lekarskie z lekarzami z poszczególnych oddziałów, na którym zostaje podjęta decyzja w sprawie miejsca hospitalizacji pacjenta,
- b) w przypadku przedłużającej się decyzji, dotyczącej przyjęcia pacjenta na oddział, jak również w przypadku, w którym opinie konsultantów z różnych dziedzin medycyny są rozbieżne co do docelowego miejsca przyjęcia, Lekarz systemu SOR w oparciu o ocenę stanu pacjenta i działania diagnostyczno – lecznicze, może podjąć decyzję o wystawieniu Skierowania „wewnętrznego” pacjenta na oddział, na którym powinna odbywać się hospitalizacja.
- c) Lekarz dyżurny Oddziału, na który wystawione jest Skierowanie wewnętrzne w przypadku braku wolnych miejsc w oddziale, na którym powinna odbywać się hospitalizacja, ustala miejsce i wskazuje szpital/inną jednostkę zewnętrzną, gdzie należy chorego przewieźć lub wykorzystuje łóżka rezerwowe w postaci dostawki w oddziale.

Za zarządzanie, organizację pracy Oddziału oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Ordynator/Koordynator SOR we współpracy z Pielęgniarką oddziałową/Pielęgniarką koordynującą SOR.

Wykonywanie innych zadań zleconych przez Zarząd Spółki.

§ 34.

PUNKT PRZYJĘĆ PLANOWYCH - pełni funkcję w odniesieniu do pacjentów zgłaszających się do planowego przyjęcia, umieszczonych na liście oczekujących na hospitalizację w danym Oddziale na dany dzień.

W PPP zostaje dokonana rejestracja pacjenta w systemie elektronicznym Eskulap z wpisaniem danych na pierwszą stronę Historii Choroby pacjenta.

Zaplecze administracyjno – gospodarcze:

- a) pomieszczenia socjalne personelu,
- b) pomieszczenia administracyjne i gospodarcze.

Za zarządzanie, organizację pracy Punktu Przyjęć Planowych i nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Ordynator/Lekarz kierujący Szpitalnego Oddziału Ratunkowego we współpracy z Pielęgniarką Oddziałową SOR. Punkt Przyjęć Planowych wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 35.

Do zadań **ODDZIAŁU OTORYNOLARYNGOLOGICZNEGO** należy w szczególności udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki i leczenia (operacyjne i zachowawcze) schorzeń narządu słuchu, nosa, jamy ustnej, gardła i krtani.

Na oddziale znajduje się:

- a) gabinet badań słuchu,
- b) gabinet diagnostyczno - zabiegowy,
- c) gabinet zmysłu równowagi,

- d) sala operacyjna,
- e) sala endoskopii (zabiegi w znieczuleniu miejscowym),
- f) gabinet konsultacyjno – kwalifikacyjny (ocena stanu pacjenta celem kwalifikacji do leczenia stacjonarnego, ocena pacjenta poszpitalna oraz konsultacje wewnątrzszpitalne),
- g) izolatka (1- łóżkowa),
- h) punkt pielęgniarski.

Pozostałe obszary to:

- a) pomieszczenia socjalne personelu,
- b) pomieszczenia administracyjne i gospodarcze.

Za opiekę nad pacjentami hospitalizowanymi w Oddziale Otorynolaryngologicznym odpowiada Ordynator/Lekarz kierujący Oddziałem Otorynolaryngologicznym.

Za zarządzanie, organizację pracy Oddziału oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Ordynator/Lekarz kierujący Oddziału Otorynolaryngologicznego we współpracy z Pielęgniarką Oddziałową.

Oddział wykonuje inne zadania zleczone przez Zarząd Spółki.

§ 36.

Do zadań **ODDZIAŁU CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH** należy w szczególności udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

- a) diagnostyki leczenia schorzeń internistycznych (wielochorobowość ludzi starszych),
- b) gastroenterologii,
- c) chorób endokrynologicznych,
- d) chorób układu sercowo-naczyniowego,
- e) chorób płuc.

W strukturze Oddziału Chorób Wewnętrznych znajduje się:

- a) sala intensywnej opieki medycznej
- b) dwa gabinety diagnostyczno - zabiegowy (m.in. punkcje z jam ciała),
- c) gabinet przygotowawczy dla pacjentów,
- d) 2 izolatki
- e) punkt pielęgniarski z pokojem przygotowawczym.

Pozostałe obszary to:

- a) pomieszczenia socjalne personelu,
- b) pomieszczenia administracyjne i gospodarcze.

Za zarządzanie, organizację pracy Oddziału oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Ordynator/Lekarz kierujący Oddziału Chorób Wewnętrznych, we współpracy z Pielęgniarką Oddziałową.

Oddział wykonuje inne zadania zleczone przez Zarząd Spółki.

§ 37.

Do zadań **ODDZIAŁU HEMATOLOGICZNEGO** należy w szczególności udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie: diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych i nienowotworowych układu krwiotwórczego oraz chłonnego.

W strukturze Oddziału Hematologicznego znajduje się:

- a) gabinet diagnostyczno - zabiegowy (m.in. nakłucia szpiku i trepanobiopsje), z wydzieloną salą do cytoaferezy
- b) sala intensywnej opieki medycznej
- c) sala nadzoru pielęgniarskiego,
- d) gabinet psychologa,
- e) sala pobytu dziennego

Pozostałe obszary to:

- a) pomieszczenia socjalne personelu
- b) pomieszczenia administracyjne i gospodarcze.

Za zarządzanie, organizację pracy Oddziału oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Ordynator/Lekarz kierujący Oddziału Hematologicznego we współpracy z Pielęgniarką Oddziałową.

Oddział wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 38.

Do zadań **ODDZIAŁU CHOROÓB PŁUC** należy udzielanie świadczeń zdrowotnych, diagnozowanie i leczenie chorób układu oddechowego, a w szczególności w zakresie:

- a) nieinwazyjnej i inwazyjnej diagnostyki nowotworów klatki piersiowej,
- b) diagnostyki i leczenia chorób śródmiąższowych płuc,
- c) leczenia zaostrzeń przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, astmy, zapaleń płuc i oskrzeli, chorób opłucnej (odmy opłucnowej, płynu w jamie opłucnej),
- d) prowadzenia nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej,
- e) kwalifikacji do domowego leczenia tlenem,
- f) diagnostyki obturacyjnego bezdechu sennego oraz miareczkowania ciśnień wdechowych protezy powietrznej (CPAP),
- g) wykonywania i oceny badań czynnościowych: spirometrii, bodypletyzmoigrafii, zdolności dyfuzyjnej płuc, testów wysiłkowych, testów prowokacyjnych.

W strukturze oddziału znajduje się:

- a) Pracownia Badań Czynnościowych,
- b) gabinet diagnostyczno – zabiegowy,
- c) izolatki
- d) punkt pielęgniarski z pokojem przygotowawczym.

Na potrzeby oddziału wykonywane są badania bronchofiberoskopowe, badania EBUS i EUSb w Pracowni Endoskopii.

Oddział ściśle współpracuje z Poradnią Chorób Płuc oraz Poradnią Domowego Leczenia Tlenem.

Za zarządzanie, organizację pracy Oddziału oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Ordynator/Lekarz kierujący Oddziału Chorób Płuc we współpracy z pielęgniarką oddziałową.

Oddział wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 39.

Do zadań **ODDZIAŁU OKULISTYCZNEGO** należy w szczególności udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki i leczenia schorzeń narządu wzroku, w tym:

- a) wykonywania zabiegów usunięcia zaćmy
- b) leczenie jaskry trabekulektomia
- c) zabiegi witrektomii
- d) zaopatrywanie urazów
- e) wykonywanie zabiegów na aparacie ochronnym (powieki, spojówki)
- f) zabiegi diagnostyczno-lecznicze np. laseroterapia, AF, SOCT, USG, GDZ.
- g) iniekcje doszklistkowe anty VEGF

W strukturze Oddziału znajdują się:

- a) pracownie diagnostyczne: Pracownia Laserowa, Pracownia Angiografii Fluoresceinowej, Pracownia Ultrasonograficzna, Pracownia Perymetryczna, Pracownia OCT, Pracownia GDZ,
- b) gabinet badań – Ciemnia,
- c) gabinet diagnostyczno – zabiegowy,
- d) izolatka
- e) punkt pielęgniarski z pokojem przygotowawczym.

Pozostałe obszary to:

- a) pomieszczenia socjalne personelu,
- b) pomieszczenia administracyjne i gospodarcze.

Za zarządzanie, organizację pracy Oddziału oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Ordynator/Lekarz kierujący Oddziałem Okulistycznym we współpracy z pielęgniarką oddziałową.

Oddział wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 40.

Do zadań **ODDZIAŁU ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII** należy w szczególności:

- a) leczenie chorych w stanach zagrożenia życia spowodowanych potencjalnie odwracalną niewydolnością jednego lub kilku podstawowych układów organizmu,
- b) prowadzenie czynności diagnostycznych i leczniczych wymagających wspomaganie jednego lub wielu narządów,
- c) prowadzenie czynności resuscytacyjnych u chorych tego wymagających na terenie całego szpitala lub w bezpośredniej, określonej przez Szpital okolicy (Zespół Interwencyjny działający przy OAiT),
- d) ocena stanu pacjenta zgłoszonego do zabiegu oraz kwalifikacja i wybór rodzaju znieczulenia,
- e) prowadzenie wszystkich rodzajów znieczulenia do zabiegów, diagnostycznych i leczniczych zgodnie z obowiązującymi standardami, w tym znieczulenia do porodów (ZOP-ciągły) i znieczulenia do cięć cesarskich,
- f) opieka pooperacyjna nad pacjentami w Sali Intensywnego Nadzoru Poznieczuleniowego,
- g) opieka nad potencjalnym dawcą narządów,
- h) prowadzenie leczenia bólu niezależnie od jego przyczyn,
- i) konsultacje anestezyjologiczne i wykonywanie procedur podwyższonego ryzyka np. centralne dostępy żyłne, założenie cewnika do dializy, transporty asekuracyjne pacjentów w stanie zagrożenia życia,
- j) cykliczne szkolenia pracowników Szpitala z zasad reanimacji.

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii składa się z 2 obszarów:

1. Oddziału Intensywnej Terapii, w którego skład wchodzi:

- a) 12 stanowisk Intensywnej Terapii: 2 sale czterostanowiskowe, 2 sale dwustanowiskowe, w sytuacjach zagrożenia epidemiologicznego OIT dysponuje dwoma jednostanowiskowymi izolatkami z wyodrębnioną służą.
- b) gabinet diagnostyczno - zabiegowy, w którym wykonywane są procedury podwyższonego ryzyka (tracheostomia przezskórna) lub inne zabiegi wymagające znieczulenia.

2. Działu Anestezjologii – który wykonuje powierzone zadania w obszarach:

- a) 9 sal operacyjnych w zintegrowanym Bloku Operacyjnym oraz 1 sala cięć cesarskich na trakcie porodowym
- b) 16 stanowisk znieczuleń poza blokiem operacyjnym
 - a. Poradnia stomatologiczna
 - b. 2 sale przy Oddziale Urologicznym
 - c. 1 sala w Pracowni Endoskopowej
 - d. 1 sala w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym
 - e. sala opatrunkowa oddziału Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej
 - f. 2 sale zabiegowa w Oddziale Kardiologicznym (Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Pracownia Hemodynamiczna
 - g. sala zabiegowa Oddziału Chirurgii Onkologicznej
 - h. 4 stanowiska w PDO: TK (parter ,1 piętro), MRI, Pracownia Radiologii Zabiegowej
 - i. sala opatrunkowa Oddziału Chirurgii Ogólnej dla Dzieci

- j. 2 stanowiska w Oddziale Położniczo – Ginekologicznym (gabinet zabiegowo-diagnostyczny przy ginekologii, sala zabiegowa na trakcie porodowym)
- c) 4 stanowisk intensywnego nadzoru poznieczuleniowego dla dorosłych w BO
- d) 1 stanowisko w sali intensywnego nadzoru poznieczuleniowego dla boksów dziecięcego w BO),
- e) 4 stanowisk na sali zabiegów anestezyjologicznych o podwyższonym ryzyku,
- f) W sytuacjach tego wymagających wykonują zadania na obszarze całego Szpitala.

3. Zespół Interwencyjny:

3.1.1. Skład - lekarz anestezjolog pełniący w danym dniu dyżur interwencyjny, pielęgniarka anestezyjologiczna - interwencyjna.

Tel. alarmowy 222 lub 515 087 026

3.1.3. Zadania:

- a) udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie prowadzenia czynności resuscytacyjnych u chorych tego wymagających na terenie całego szpitala, lub w bezpośredniej, określonej przez szpital okolicy
- b) wykonywanie krótkich znieczuleń poza blokiem operacyjnym
- c) wykonywanie znieczuleń w BO w trybie natychmiastowym, gdy sytuacja tego wymaga (zespół znieczulający jest w trakcie zabiegu operacyjnego)
- d) przeprowadzenie obowiązkowych konsultacji anestezyjologicznych przed planowanymi zabiegami operacyjnymi
- e) zakładanie cewników centralnych i dializacyjnych
- f) konsultacje pacjentów w stanie zagrożenia życia i kwalifikacja do leczenia w OIT
- g) w szczególnych sytuacjach – transport pacjentów zaintubowanych i wentylowanych respiratorem na terenie szpitala transport między szpitalny pacjentów zaintubowanych i wentylowanych zabezpiecza lekarz anestezjolog z zespołem ratownictwa medycznego

Za zarządzanie, organizację pracy Oddziału oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Ordynator/Lekarz kierujący Oddziałem Anestezjologii i Intensywnej Terapii we współpracy z pielęgniarką oddziałową.

Oddział wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 41.

Do zadań **ODDZIAŁU DERMATOLOGICZNEGO** należy w szczególności udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

- a) diagnostyki i terapii schorzeń skóry i błon skórnych i chorób przenoszonych drogą płciową,
- b) wczesnego wykrywania czerniaka oraz innych niemelanocytowych nowotworów skóry.

Na oddziale znajduje się:

- a) gabinet fizykoterapii,
- b) gabinet diagnostyczno – zabiegowy,
- c) gabinet opatrunkowy,
- d) gabinet badań,
- e) izolatka,
- f) punkt pielęgniarski z pokojem przygotowawczym.

Pozostałe obszary to:

- a) pomieszczenia socjalne personelu,
- b) pomieszczenia administracyjne i gospodarcze.

Za zarządzanie, organizację pracy Oddziału oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Ordynator/Lekarz kierujący Oddziałem Dermatologicznym we współpracy z pielęgniarką oddziałową.

Oddział wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 42.

Do zadań **ODDZIAŁU KARDIOLOGICZNEGO, ODDZIAŁU REHABILITACJI KARDIOLOGICZNEJ, ODDZIAŁU INTENSYWNEGO NADZORU KARDIOLOGICZNEGO** należy w szczególności udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

- a) diagnostyki nieinwazyjnej i leczenia chorób układu krążenia,
- b) zapewnienia intensywnego nadzoru kardiologicznego,
- c) elektroterapii zaburzeń rytmu i przewodnictwa serca,
- d) diagnostyki i leczenia inwazyjnego choroby niedokrwiennej serca w ramach kardiologii interwencyjnej ostrych zespołów wieńcowych,
- e) rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych.

W strukturze oddziału znajduje się:

- a) Pracownia Badań Nieinwazyjnych: EKG wysiłkowe, Holter EKG, Holter RR,
- b) Pracownia Badań Stymulatorów Serca,
- c) Pracownia Urządzeń Wszczepialnych Serca (implantacja/wymiana stymulatorów i kardiowerterów),
- d) Pracownia Elektrofizjologii (inwazyjna diagnostyka zaburzeń rytmu i przewodzenia, zabiegi ablacji),
- e) Pracownia Hemodynamiki (koronarografia, zabiegi angioplastyki wieńcowej, badanie hemodynamiczne, zamykanie ubytków),
- f) Pracownia Echokardiografii (TTE, TEE, badania obciążeniowe),
- g) Gabinet diagnostyczno-zabiegowy,
- h) Punkt pielęgniarski z pokojem przygotowawczym,
- i) Sala wypoczynkowa dla pacjentów,
- j) Sala do kinezyterapii,
- k) Sala do treningów wytrzymałościowych.

Pozostałe obszary to:

- a) pomieszczenia socjalne
- b) pomieszczenia administracyjne i gospodarcze.

Za zarządzanie, organizację pracy **Oddziału Kardiologicznego, Oddziału Rehabilitacji Kardiologicznej, Oddziału Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego** oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Koordynator Oddziału Kardiologicznego, Oddziału Rehabilitacji Kardiologicznej, Oddziału Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego we współpracy z Pielęgniarką Oddziałową.

Oddział wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 43.

Do zadań **ODDZIAŁU NEFROLOGICZNEGO I STACJI DIALIZ** należy w szczególności udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

- a) specjalistycznej diagnostyki i leczenia schorzeń nefrologicznych,
- b) hemodializoterapii i dializoterapii otrzewnowej (Stacja Dializ).

Stacja Dializ (Hemodializ) posiada:

- a) stanowiska dializacyjne,
- b) gabinet diagnostyczno – zabiegowy,
- c) punkt pielęgniarski z pokojem przygotowawczym.

Dializa Otrzewnowa zaopatruje:

- a) gabinet diagnostyczno - zabiegowy,
- b) pokój szkoleń pacjentów.

Pozostałe obszary to:

- a) pomieszczenia administracyjne i gospodarcze,
- b) pomieszczenia socjalne personelu.

Za zarządzanie, organizację pracy Oddziału oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Ordynator/Lekarz kierujący Oddziału Nefrologicznego i Stacji Dializ we współpracy z pielęgniarką oddziałową.

Oddział wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 44.

Do zadań **ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO OGÓLNEGO** należy w szczególności udzielanie świadczeń zdrowotnych w następującym zakresie:

Zabiegi operacyjne w przewlekłych i ostrych schorzeniach jamy brzusznej:

- a) operacje pęcherzyka żółciowego (kamica, inne schorzenia) – głównie laparoskopowe;
- b) operacje dróg żółciowych;
- c) operacje śledziony (schorzenia hematologiczne);
- d) operacje wpustu (refluks, przepuklina przeponowa);
- e) operacje żołądka (choroba wrzodowa, nowotwory) - operacje zarówno planowe jak przypadkach perforacji lub krwotoków - także laparoskopowe operację perforacji;
- f) operacje jelita cienkiego;
- g) operacje wyrostka robaczkowego - także laparoskopowe;
- h) operacje trzustki (nowotwory, choroby zapalne, torbiele);
- i) operacje jelita grubego (nowotwory, choroby zapalne i inne) – także laparoskopowe;
- j) operacje schorzeń odbytu (przetoki, szczeliny, guzki krwawnicze, ropnie);
- k) operacje przepuklin brzusznych, pachwinowych, udowych;
- l) wykonywanie przetok odżywczych (w tym PEG).

Zabiegi z zakresu endokrynologii:

- a) operacyjne leczenie schorzeń tarczycy i przytarczyc.

Operacje w zakresie chirurgii urazowej:

- a) chirurgiczne leczenie obrażeń klatki piersiowej;
- b) chirurgiczne leczenie obrażeń narządów jamy brzusznej;
- c) chirurgiczne leczenie obrażeń naczyń krwionośnych;
- d) leczenie chirurgiczne oparzeń, odmrożeń, odleżyn - nekrozektomie, przeszczepy skóry; plastyka zniekształceń bliznowatych, leczenie amputacyjne;
- e) leczenie schorzeń jamy opłucnowej - punkcja diagnostyczna, drenaż jamy opłucnowej;
- f) leczenie chirurgiczne zmian skórnych, plastyka płatami przesuniętymi, uszypułowanymi, przeszczepy skóry.

W skład Oddziału wchodzi:

- a) gabinet diagnostyczno – zabiegowy,
- b) gabinet opatrunkowy,
- c) punkt pielęgniarski z pokojem przygotowawczym.

Za zarządzanie, organizację pracy Oddziału oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Ordynator/Lekarz kierujący Oddziału Chirurgicznego Ogólnego we współpracy z pielęgniarką oddziałową.

Oddział wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 45.

Do zadań **ODDZIAŁU CHIRURGII NACZYNIOWEJ** należy w szczególności udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

Chirurgia klasyczna:

- a) udrażnianie w zakresie tętnic domózgowych,
- b) przeszczepy naczyniowe na poziomie aorty i tętnic biodrowych,
- c) przeszczepy na poziomie tętnic kończyn dolnych,
- d) planowe operacje tętniaków aorty i tętniaków tętnic obwodowych,
- e) operacje naprawcze układu naczyniowego w przypadkach urazów naczyń tętniczych i żylnych w różnych lokalizacjach,
- f) operacje pękniętych tętniaków aorty i tętniaków tętnic obwodowych, jako procedury ratujące życie,
- g) operacje ostrego niedokrwienia kończyn - embolectomia i thrombectomia,
- h) operacje na układzie żylnym,
- i) leczenie amputacyjne w IV stopniu niedokrwienia kończyn.

Zabiegi chirurgii wewnątrznaczyniowej:

- a) wewnątrznaczyniowa angioplastyka tętnic obwodowych,
- b) stentowanie tętnic obwodowych,
- c) zaopatrywanie stentografem tętniaków aorty.

W skład Oddziału wchodzi:

- a) gabinet diagnostyczno – zabiegowy,
- b) gabinet opatrunkowy,
- c) punkt pielęgniarski z pokojem przygotowawczym.

Za zarządzanie, organizację pracy Oddziału oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Ordynator/Lekarz kierujący Oddziału Chirurgii Naczyniowej we współpracy z pielęgniarką oddziałową.

Oddział wykonuje inne zadania zlecane przez Zarząd Spółki.

§ 46.

Do zadań **ODDZIAŁU CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ** należy w szczególności udzielanie świadczeń zdrowotnych w następującym zakresie:

Zabiegi operacyjne na przewodzie pokarmowym:

- a) resekcje przełyku - zarówno przezroczorowe w przypadkach łagodnych zwężeń jak i radykalne resekcje z trójpolową limfadenektomią w przypadkach zmian złośliwych;
- b) resekcje żołądka - zarówno całkowite radykalne resekcje z limfadenektomią D2 (ewentualnie D3) jak i resekcje częściowe;
- c) operacje trzustki - pankreatoduodenektomia sposobem Whipple'a, totalna pankreatektomia, dystalne resekcje trzustki;
- d) operacje guzów wątroby pierwotnych i wtórnych;
- e) operacje guzów pęcherzyka żółciowego;
- f) operacje jelita grubego - zarówno częściowe resekcje okrężnicy jak również operacje guzów odbytnicy - przednie wycięcie odbytnicy, brzuszno-kroczone/krzyżowe wycięcie odbytnicy - z zachowaniem zasad Total Mesorectal Excision;

Zabiegi na tarczycy:

- a) operacje wola guzowatego łagodnego;
- b) operacje raków tarczycy (całkowite wycięcie tarczycy, limfadenektomia szyjna);
- c) reoperacje tarczycy (wznowa wola łagodnego, radykalizacja leczenia po niedoszczętnym wycięciu tarczycy z powodu raka).

Leczenie zmian łagodnych i złośliwych piersi:

- a) tumorektomie;
- b) kwadrantektomie;

- c) leczenie oszczędzające pierś (BCT) w przypadkach raka,
- d) amputacje piersi (możliwa jednoczasowa lub odroczone rekonstrukcja piersi różnymi technikami);
- e) biopsja węzła wartowniczego (SNB) w raku piersi;
- f) biopsje stereotaktyczne.

Zabiegi na układzie chłonnym (zarówno zabiegi diagnostyczne jak i lecznicze):

- a) chirurgiczna biopsja węzłów chłonnych w różnych lokalizacjach;
- b) radykalna limfadenektomia szyjna;
- c) radykalna limfadenektomia pachwinowo-biodrowa;
- d) radykalna limfadenektomia pachowa;
- e) wykonujemy, jako standardy: limfadenektomię D2 w raku żołądka, TME w raku odbytnicy, trójpółową limfadenektomię w raku przełyku.

Zabiegi w obrębie skóry:

- a) wycięcie zmian skórnych łagodnych i złośliwych;
- b) zabiegi z zakresu chirurgii plastycznej - płyty i przeszczepy skóry;
- c) leczenie czerniaka skóry - biopsja excisionalna zmian podejrzanych, leczenie radykalne po potwierdzeniu czerniaka wraz z biopsją węzła wartowniczego.

W skład Oddziału wchodzi:

- a) gabinet diagnostyczno – zabiegowy,
- b) gabinet opatrunkowy,
- c) punkt pielęgniarski z pokojem przygotowawczym.

W strukturze oddziału znajduje się sala zabiegowa, w której wykonywane są m.in. zabiegi:

- a) zakładanie portów naczyniowych,
- b) biopsje mammotomiczne.

Pozostałe obszary to:

- a) pomieszczenia socjalne personelu,
- b) pomieszczenia administracyjne i gospodarcze.

Za zarządzanie, organizację pracy Oddziału oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Ordynator/Lekarz kierujący Oddziału Chirurgii Onkologicznej we współpracy z pielęgniarką oddziałową.

Oddział wykonuje inne zadania zleczone przez Zarząd Spółki.

§ 47.

Do zadań **ODDZIAŁU NEUROCHIRURGICZNEGO** należy w szczególności udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

- a) neurotraumatologii (pełnozakresowe leczenie urazów mózgu, rdzenia kręgowego i nerwów obwodowych,
- b) neuroonkologii (chirurgiczne leczenie nowotworów układu nerwowego,
- c) spondyloneurochirurgii (operacyjne leczenie schorzeń kręgosłupa, w tym również z zastosowaniem implantów,
- d) neurochirurgii naczyniowej (operacje tętniaków i naczynek wewnątrzczaszkowych).

W strukturze oddziału znajduje się:

- a) gabinet diagnostyczny – zabiegowy,
- b) gabinet opatrunkowy,
- c) izolatka
- d) punkt pielęgniarski z pokojem przygotowawczym.

Pozostałe obszary to:

- a) pomieszczenia socjalne personelu,

b) pomieszczenia administracyjne i gospodarcze.

Za zarządzanie, organizację pracy Oddziału oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Ordynator/Lekarz kierujący Oddziału Neurochirurgicznego we współpracy z pielęgniarką oddziałową.

Oddział wykonuje inne zadania zleczone przez Zarząd Spółki.

§ 48.

Do zadań **ODDZIAŁU CHIRURGII URAZOWO-ORTOPEDYCZNEJ** należy w szczególności udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

- a) urazowych procedur operacyjnych (kończyny, kręgosłup, miednica),
- b) artroskopii diagnostycznych i rekonstrukcyjnych (staw kolanowy, barkowy, skokowy),
- c) alloplastyki (stawów: biodrowego, stopy),
- d) inne procedury operacyjne korekcyjne, odtwórcze i naprawcze w obrębie narządu ruchu.

W strukturze oddziału znajduje się:

- a) gabinet diagnostyczno – zabiegowy,
- b) gabinet opatrunkowy,
- c) gabinet opatrunków gipsowych z aparatem do znieczuleń (zabiegi w znieczuleniu krótkotrwałym),
- d) izolatki,
- e) punkt pielęgniarski z pokojem przygotowawczym.

Pozostałe obszary to:

- a) pomieszczenia socjalne personelu,
- b) pomieszczenia administracyjne i gospodarcze.

Za zarządzanie, organizację pracy Oddziału oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Ordynator/Lekarz kierujący Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej we współpracy z pielęgniarką oddziałową.

Oddział wykonuje inne zadania zleczone przez Zarząd Spółki.

§ 49.

Do zadań **ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO OGÓLNEGO DLA DZIECI** należy w szczególności udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

- a) korekcji wad wrodzonych,
- b) chirurgii klasycznej,
- c) traumatologii wieku dziecięcego,
- d) leczenia oparzeń,
- e) zabiegi laparoskopowe jamy brzusznej,
- f) artroskopii.

W strukturze oddziału znajduje się:

- a) punkt badań lekarskich,
- b) sala opatrunkowa z aparatem do znieczuleń (zabiegi w znieczuleniu krótkotrwałym),
- c) gabinet opatrunków gipsowych z ramieniem C,
- d) gabinet diagnostyczno – zabiegowy,
- e) izolatka,
- f) punkt pielęgniarski z pokojem przygotowawczym.

Pozostałe obszary, to pomieszczenia administracyjne i gospodarcze.

Za zarządzanie, organizację pracy Oddziału oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Ordynator/Lekarz kierujący Oddziału Chirurgicznego Ogólnego Dzieci we współpracy z pielęgniarką oddziałową.

Oddział wykonuje inne zadania zleczone przez Zarząd Spółki.

§ 50.

Do zadań **ODDZIAŁU UROLOGICZNEGO** należy w szczególności udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

- diagnostyki inwazyjnej:
 - a) wziernikowanie cewki i pęcherza (uretrocystoskopia), moczowodów (ureterorenoskopia);
 - b) badania kontrastowe cewki (uretrografia), pęcherza (cystografia), moczowodu i miedniczki (ureteropielografia);
 - c) badania kontrastowe układu moczowego wykonywane w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej (urografia), również nadzorowane są przez urologa;
 - d) badania urodynamiczne (diagnostyka nietrzymania moczu);
 - e) USG transrektalne z biopsją gruczołu krokowego (diagnostyka raka stercza);
- operacji urologicznych:
 - a) elektroresekcje przezcewkowe guzów pęcherza (TURP), prostaty (TURP), zabiegi przezcewkowe w przypadku kamicy moczowej (Cystolitotrypsja, przecewkowe wewnątrz-moczowodowe kruszenie złogów URS, endoskopowe rozcięcie zwężenia cewki moczowej, HOLEP laserowa enukleacja stercza);
 - b) zabiegi przezskórnej nefrolitotrypsji w przypadku kamicy nerkowej (PCNL);
 - c) zabiegi Kruszenia Kamieni Falą Generowaną Zewnątrzustrojowo (ESWL);
 - d) urologiczne operacje otwarte- usunięcie nerki z powodów chorób łagodnych i nowotworów, usunięcie moczowodów z powodu chorób nowotworowych, usunięcie pęcherza z powodu raka, usunięcie prostaty z powodu raka;
 - e) zabiegi laparoskopowe w przypadku żylaków powrózka nasiennego, torbieli nerek, nowotworów nerek, raka stercza;
 - f) operacje w przypadku wrodzonych schorzeń układu moczowego np. operacje wodonercza wrodzonego, odływu pęcherzowo moczowodowego;
 - g) operacje z zakresu uroginiekologii w przypadku nietrzymania moczu, torbieli okołocewkowych;
 - h) zabiegi wykonywane w przypadkach urazów nerek, moczowodów, pęcherza i cewki, prącia, jąder;
 - i) operacje w zakresie męskich narządów płciowych (wodniak jądra, torbiel nasienna, stulejka, skrzywienie prącia);
 - j) operacje naprawcze jatrogennych uszkodzeń układu moczowego;
 - k) zabiegi wykonywane w przypadku pozanerkowej niewydolności nerek; nefrostomia przezskórna, cystostomia, założenie cewnika podwójnie zagiętego.

Na oddziale znajdują się:

- a) gabinety diagnostyczny – zabiegowe,
- b) punkt pielęgniarski,
- c) izolatka,
- d) sale zabiegowe endourologii.

W strukturze oddziału znajduje się Pracownia Urodynamiczna z Pracownią ESWL i Pracownią Cystoskopową.

Pozostałe obszary to pomieszczenia socjalne personelu.

Za zarządzanie, organizację pracy Oddziału oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Ordynator/Lekarz kierujący Oddziałem Urologicznym we współpracy z pielęgniarką oddziałową.

Oddział wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 51.

Do zadań **ODDZIAŁU ONKOLOGII KLINICZNEJ, CHEMIOTERAPII** należy w szczególności udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

- a) leczenia nowotworów, w szczególności: nowotwory piersi, płuc, jajników, jąder, przewodu

- pokarmowego, czerniaka złośliwego,
- b) leczenia i monitorowania skuteczności terapii,
- c) chemioterapii w ramach hospitalizacji i hospitalizacji jednego dnia jednego
- d) podawanie chemioterapii ambulatoryjnej;
- e) diagnostyka w kierunku chorób nowotworowych
- f) leczenie w przebiegu powikłań chorób nowotworowych i po chemioterapii.

W strukturze oddziału znajdują się:

- a) stanowiska do podawania chemioterapii jednodniowej,
- b) gabinet zabiegowy,
- c) gabinety diagnostyczno - zabiegowe
- d) gabinet psychologa
- e) izolatka,
- f) punkt pielęgniarski z pokojem przygotowawczym

Pozostałe obszary to:

- a) pomieszczenia socjalne personelu
- b) pomieszczenia administracyjne i gospodarcze.

Za zarządzanie, organizację pracy Oddziału oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Ordynator/Lekarz kierujący Oddziału Onkologii Klinicznej, Chemioterapii we współpracy z pielęgniarką oddziałową.

Oddział wykonuje inne zadania zleczone przez Zarząd Spółki.

§ 52.

Do zadań **ODDZIAŁU NEUROLOGICZNEGO, ODDZIAŁU UDAROWEGO** należy w szczególności udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

- a) schorzeń układu ośrodkowego oraz obwodowego układu nerwowego,
- b) schorzeń naczyńiowych centralnego układu nerwowego,
- c) wczesnej rehabilitacji schorzeń naczyńiowych centralnego układu nerwowego.

Oddział Neurologiczny. Oddział Udarowy składa się z części neurologicznej i udarowej.

Na oddziale znajdują się ponadto:

- a) gabinet diagnostyczno – zabiegowy,
- b) gabinet badań USG Doppler,
- c) sala gimnastyczna,
- d) pokój diagnostyczny,
- e) gabinet koordynatora rehabilitacji neurologicznej, logopedy i psychologa,
- f) punkt pielęgniarski z pokojem przygotowawczym.

W strukturze Oddziału funkcjonuje Neurologiczna Pracownia Badań Elektrofizjologicznych. W skład Neurologicznej Pracowni Badań Elektrofizjologicznych wchodzi Pracownia Elektroencefalografii (EEG) i Pracownia Elektromiografii i Potencjałów Wywołanych (EMG), które wykonują badania dla pacjentów hospitalizowanych w oddziałach szpitalnych i dla pacjentów ambulatoryjnych. Dodatkowo Pracownia EEG wykonuje badania Holter EKG i Holter RR dla potrzeb Oddziału Neurologicznego. Oddziału Udarowego.

Pozostałe obszary to:

- a) pomieszczenia socjalne personelu,
- b) pomieszczenia administracyjne i gospodarcze.

Za zarządzanie, organizację pracy Oddziału oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Ordynator/Lekarz kierujący Oddziału Neurologicznego.

Oddziału Udarowego we współpracy z pielęgniarką oddziałową.

Oddział wykonuje inne zadania zleczone przez Zarząd Spółki.

§ 53.

Do zadań **ODDZIAŁU PEDIATRYCZNEGO** należy w szczególności udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

- a) chorób układu oddechowego (zakażenia górnych i dolnych dróg oddechowych, astma oskrzelowa, diagnostyka przewlekłego kaszlu),
- b) chorób układu pokarmowego (zapalenie błony śluzowej żołądka, biegunki, diagnostyka bólów brzucha, hiperbilirubinemia),
- c) chorób układu moczowego (zakażenia dolnego odcinka dróg moczowych, odmiedniczkowe zapalenie nerek, zespół nerczycowy, diagnostyka krwinkomoczu, białkomoczu, w kierunku wad układu moczowego),
- d) chorób układu krążenia (nadciśnienie tętnicze, zaburzenia rytmu serca),
- e) chorób układu nerwowego (wirusowe i bakteryjne zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, padaczka, diagnostyka bólów głowy, omdleń, diagnostyka w kierunku wad OUN),
- f) zaburzenia wzrastania i choroby układu dokrewnego (niedobór wzrostu i wagi, otyłość),
- g) zaburzeń hematologicznych (niedokrwistości, małopłytkowości, zaburzenia układu krzepnięcia),
- h) chorób skóry (atopowe zapalenie skóry, zakażenia skóry),
- i) zatruc,
- j) chorób zakaźnych o różnej etiologii, w tym posocznicy,
- k) innych ostrych stanów wymagających diagnostyki i leczenia w warunkach szpitalnych.

Na oddziale znajdują się:

- a) gabinet diagnostyczno – zabiegowe,
- b) gabinet badań/obszar pediatryczny SOR

Pozostałe obszary to:

- a) pomieszczenia socjalne personelu,
- b) gabinet zajęć szkolnych,
- c) pomieszczenia administracyjne i gospodarcze,
- d) punkt pielęgniarski z pokojem przygotowawczym.

Za zarządzanie, organizację pracy Oddziału oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Ordynator/Lekarz kierujący Oddziału Pediatrycznego we współpracy z pielęgniarką oddziałową.

Oddział wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 54.

Do zadań **ODDZIAŁU POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNEGO** należy w szczególności udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

1.Ginekologii.

2 Patologii ciąży.

3.Położnictwa – prowadzenie porodów.

W obrębie Pododdziału Położniczego funkcjonuje:

- a) punkt położnej,
- b) punkt pielęgniarki neonatologicznej.

W obrębie Pododdziału Patologii Ciąży funkcjonuje:

- a) gabinet lekarski diagnostyczno-zabiegowy,
- b) punkt położnej z pokojem przygotowawczym..

W obrębie Pododdziału Ginekologii funkcjonuje:

- a) gabinet lekarski diagnostyczny,

b) sala zabiegowa

Do zadań Ginekologii należy w szczególności:

- a) zabiegi diagnostycznego oraz leczniczego łyżeczkowania kanału szyjki macicy oraz jamy macicy wraz z pobieraniem wycinków diagnostycznych z narządu rodniego w przypadkach krwawień z dróg rodnych oraz podejrzeń onkologicznych;
- b) badania histerosalpingograficzne;
- c) leczenie zmian zapalnych w obrębie narządu rodniego;
- d) histeroskopowe - diagnostyka i leczenie chorób macicy oraz endometrium;
- e) laparoskopowe - leczenie cięż pozamacicznych, usuwanie zmian łagodnych, endometriotycznych oraz pozapalnych zlokalizowanych w obrębie narządu rodniego i miednicy małej, laparoskopowe amputacje trzonu macicy i wycięcie macicy;
- f) zabiegi chirurgiczne i elektrochirurgiczne szyjki macicy;
- g) plastyczne operacje pochwowe korygujące zaburzenia statyki narządu rodniego oraz operacje w nietrzymaniu moczu;
- h) konwencjonalne chirurgiczne zabiegi wyłuszczenia i wycięcia zmian jajnikowych oraz mięśniaków macicy;
- i) operacje usunięcia narządu rodniego wykonywane drogą przezpochwową oraz brzuszną;
- j) pełna diagnostyka i zakres leczenia operacyjnego w przypadku kobiecych schorzeń onkologicznych;

Do zadań Patologii ciąży należy w szczególności:

- a) stany zagrożeń ciąży wszystkich okresów jej trwania - krwawień w poronieniu zagrażającym, porodów przedwczesnych z powodu niewydolności ciśniowo - szyjkowej macicy oraz stanów zapalnych;
- b) nadciśnienie indukowane ciążą i stan przedzucawkowy;
- c) stany zapalne i kamicze układu moczowego podczas ciąży;
- d) cholestaza wątrobowa;
- e) cukrzyca ciążowa;
- f) stany zaburzeń dobrostanu płodu.

Położnictwo - Prowadzenie porodów.

W obrębie traktu porodowego funkcjonują:

- a) sale,
- b) sala cięć cesarskich w trakcie porodowym,
- c) sala zabiegowa z możliwością wykonania cięcia cesarskiego,
- d) sala obserwacyjna – pomieszczenie przeznaczone dla położnic i noworodka w pierwszych godzinach życia po porodach powikłanych
- e) pokój pielęgniarek położnych,
- f) pokój pozostałego personelu pielęgniarstwa i medycznego.

Oddział Położniczo – Ginekologiczny realizuje Standard organizacyjny opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej.

W ramach standardu obowiązują procedury postępowania klinicznego. W celu monitorowania jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej corocznie prowadzona jest ocena satysfakcji kobiet objętych opieką oraz prowadzony jest monitoring, wskaźników opieki (*nie rzadziej niż raz na pół roku*), który są oceniane i analizowane przez Komitet ds. Jakości w celu ograniczenia interwencji medycznych. Wskaźniki określone zostały w Księdze Zapewnienia Jakości i dotyczą m. in.:

1. liczba amniotomii,
2. liczba indukcji porodu,

3. liczba stymulacji czynności skurczowej,
4. liczba pacjentek, którym podawano opioidy,
5. liczba nacięć krocza,
6. liczba cięć cesarskich/fizjologicznych/innych,
7. liczba noworodków, którym podawano mleko modyfikowane,
8. liczba urazów okołoporodowych.

Przy Oddziale Położniczo-Ginekologicznym funkcjonuje przyszpitalna Poradnia Patologii Ciąży oraz Szkoła Rodzenia.

Za zarządzanie, organizację pracy Oddziału oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Ordynator/Lekarz kierujący Oddziału Położniczo-Ginekologicznego we współpracy z Pielęgniarką oddziałową. Oddział wykonuje inne zadania zleczone przez Zarząd Spółki.

§ 55.

Do zadań **ODDZIAŁU NEONATOLOGICZNEGO** należy w szczególności udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

- a) udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki i leczenia noworodków donoszonych i wcześniaków,
- b) opieki lekarskiej i pielęgniarskiej nad noworodkiem zdrowym oraz dziećmi z ryzyka okołoporodowego.

W obszarze patologii noworodka znajdują się stanowiska tj.:

- a) intensywnej terapii,
- b) do pośredniej opieki,
- c) ciągłej opieki, oraz
- d) Punkt pielęgniarski.

Za zarządzanie, organizację pracy Oddziału oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Ordynator/Lekarz kierujący Oddziału Neonatologicznego we współpracy z Pielęgniarką oddziałową.

Oddział wykonuje inne zadania zleczone przez Zarząd Spółki.

§ 56.

Do zadań **ODDZIAŁU BADAŃ KLINICZNYCH** należy:

- a) prowadzenie Badań Klinicznych różnych faz: I, II, III - w zależności od protokołu badania klinicznego z zakresu onkologii klinicznej oraz we współpracy z innymi jednostkami: Oddział Chirurgii Onkologicznej, Oddział Urologiczny, Oddział Chorób Wewnętrznych, Oddział Hematologiczny (w zależności od protokołu badania klinicznego).
- b) nawiązanie stałej współpracy z CRO w Polsce jako Ośrodka Partnerskiego w zakresie badań klinicznych wszystkich specjalności i dystrybucja projektów w zakresie jednostek organizacyjnych Szpitala.

Struktura:

- a) Badacze: specjalista onkologii klinicznej - Oddział Onkologii Klinicznej, Chemioterapii; możliwość prowadzenia badań klinicznych przez Badaczy z innych Oddziałów w obszarze Oddziału Badań Klinicznych. Dotyczy projektów wymagających procedur dostępnych w obszarze tego Oddziału.
- b) Pielęgniarki - przeszkolone w zakresie procedur w Badań Klinicznych różnych faz,
- c) Koordynatorzy,
- d) Współbadacze.

Oddział Badań Klinicznych współpracuje z:

- a) laboratorium,
- b) innymi jednostkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie badania obrazowe: CT, MR, ECHO, EKG,
- c) jednostkami zewnętrznymi: Zakład medycyny Nuklearnej – scyntygrafia kości, PET-CT (w zależności od protokołu badania klinicznego),
- d) Apteką: przygotowanie cytostatyków do podania dożylnego, przechowywanie leków, próbek.

Na oddziale znajdują się:

- a) część stacjonarna oddziału,
- b) pomieszczenia do przechowywania leków doustnych i dokumentacji aptecznej,
- c) gabinet zabiegowy, wirówka,
- d) pomieszczenie do przechowywania aktualnej dokumentacji badania klinicznego – szafy zamykane na klucz. Po zakończeniu badania klinicznego – archiwizacja dokumentacji,
- e) pomieszczenie dla monitora badania klinicznego z dostępem do internetu,
- f) gabinet: miejsce pracy badacza, koordynatora - telefon, fax, e-mail.

Za zarządzanie, organizację pracy Oddziału oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Ordynator/Lekarz kierujący Oddziału Badań Klinicznych we współpracy z Pielęgniarką oddziałową.

Oddział wykonuje inne zadania zlecane przez Zarząd Spółki.

§ 57.

Do zadań **ODDZIAŁU REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ. ODDZIAŁU REHABILITACYJNEGO** należy w szczególności udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

- a) rehabilitacji ogólnoustrojowej oraz rehabilitacji neurologicznej,
- b) fizykoterapii (światłolecznictwo, elektroterapia, zabiegi zastosowaniem prądu impulsowego małej i średniej częstotliwości, terapia polem magnetycznym małej częstotliwości, ultradźwięki, krioterapia),
- c) diagnozy logopedycznej,
- d) diagnozy psychologicznej,
- e) terapii zajęciowej,
- f) masażu fizjoterapii, kinezyterapii.

Na oddziale znajdują się:

- a) sala rehabilitacyjna,
- b) gabinet masażu,
- c) gabinet fizykoterapii,
- d) gabinet diagnostyczno – zabiegowy,
- e) gabinet psychologa,
- f) gabinet logopedy,
- g) gabinet terapeuty zajęciowego,
- h) pokój badań,
- i) punkt pielęgniarski z pokojem przygotowawczym.

Pozostałe obszary to:

- a) pomieszczenia socjalne personelu,
- b) pomieszczenia administracyjne i gospodarcze.

Za zarządzanie, organizację pracy Oddziału oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Ordynator/Lekarz kierujący Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej, Oddziału Rehabilitacyjnego we współpracy z Pielęgniarką oddziałową.

Oddział wykonuje inne zadania zlecane przez Zarząd Spółki.

§ 58.

Do zadań **ODDZIAŁ TRANSPLANTACJI SZPIKU** należy zapewnienie opieki zdrowotnej w zakresie:

- 1) opieki specjalistycznej w zakresie hematologii i transplantologii;
- 2) pozyskiwania i opracowywania materiału transplantacyjnego do przeszczepów komórek macierzystych w tym pochodzenia szpikowego lub z krwi obwodowej,
- 3) pozyskiwania i opracowywania materiału transplantacyjnego do przeszczepów komórek krwiotwórczych,
- 4) naboru dawców szpiku, komórek pnia układu krwiotwórczego,
- 5) prowadzenia Krajowego Banku Dawców Szpiku,
- 6) poszukiwania niespokrewnionych dawców szpiku z wykorzystaniem współpracy międzynarodowej regulowanej porozumieniami lub wynikającej z wdrożenia systemu informatycznego w obszarze międzynarodowej sieci dawstwa szpiku (np. EMDIS)
- 7) doboru par dawca - biorca przeszczepu z uwzględnieniem dawców niespokrewnionych w układzie krajowym i międzynarodowym,
- 8) leczenia szpitalnego hematologicznego i transplantacyjnego

Oddział Transplantacji Szpiku dysponuje salami chorych wyposażonymi w filtrację i laminarny przepływ powietrza. Każda sala wyposażona jest w zestaw do monitorowania czynności życiowych (EKG, RR, saturacja itp.), posiada własny węzeł sanitarny, łącza internetowe oraz telewizor dla chorych. W Oddziale Transplantacji Szpiku obowiązuje zakaz odwiedzin.

W strukturach Oddziału Transplantacji Szpiku funkcjonuje Bank Tkanek i Komórek.

Za zarządzanie, organizację pracy Oddziału oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Ordynator/Lekarz kierujący Oddziałem Transplantacji Szpiku we współpracy z Pielęgniarką oddziałową.

Oddział wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 59.

DZIAŁ REHABILITACJI

W trybie stacjonarnym świadczenia realizuje Dział Rehabilitacji dla pacjentów leczonych w oddziałach szpitalnych, jako uzupełnienie leczenia zasadniczego.

W udzielaniu świadczeń uczestniczy zespół wielodyscyplinarny w osobach: lekarza, fizjoterapeutów, psychologa, logopedy, terapeuty zajęciowego.

Dział Rehabilitacji:

- a) Świadczenia zdrowotne z zakresu rehabilitacji leczniczej polegają na interdyscyplinarnych, kompleksowych działaniach usprawniających, które służą zachowaniu, przywróceniu i poprawie zdrowia.
- b) Świadczenia z zakresu rehabilitacji medycznej w trybie stacjonarnym udzielane są na podstawie zlecenia lekarza prowadzącego.
- c)

Organizacja pracy ustalona jest w oparciu o Regulamin Działu Rehabilitacji zatwierdzony przez Zarząd.

Za zarządzanie, organizację pracy Działu oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Ordynator/Lekarz kierujący Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej, Oddziału Rehabilitacyjnego we współpracy z Pielęgniarką oddziałową.

Dział wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 60.

BLOK OPERACYJNY

1. Blok Operacyjny stanowi wydzieloną komórkę organizacyjną Szpitala. Blokiem Operacyjnym kieruje Kierownik Bloku Operacyjnego.

Kierownik Bloku Operacyjnego w zakresie leczenia podlega bezpośrednio Dyrektorowi ds. Lecznictwa/Naczelnemu Lekarzowi Szpitala, a w zakresie w zakresie opieki pielęgniarskiej Dyrektorowi ds. Pielęgniarstwa/Naczelnemu Pielęgniarzowi Szpitala, Przełożonej Pielęgniarce Szpitala. Podczas nieobecności Kierownika, BO nadzór nad organizacją pracy Bloku sprawuje Z-ca Kierownika Bloku Operacyjnego.

2. Zadania Bloku Operacyjnego obejmują:

- a) zapewnienie całodobowej gotowości BO (personel, sprzęt, materiał opatrunkowy) do zabiegów operacyjnych,
- b) instrumentowanie, obsługę sprzętu i aparatury medycznej, kontrolę ilościową i jakościową narzędzi i materiału opatrunkowego,
- c) zabezpieczenie materiału pobranego do badań histopatologicznych oraz w przypadku badania śródoperacyjnego – dostarczenie przez sekretarkę, BO do Zakładu Patomorfologii,
- d) prowadzenie i nadzorowanie dokumentacji, BO,
- e) zorganizowanie pracy w ten sposób, aby w razie nagłej potrzeby personel, instrumentariusze, bielizna i sprzęt były przygotowane o każdej porze do bezzwłocznego wykonania zabiegów operacyjnych.

3. W strukturze Bloku Operacyjnego znajdują się sale operacyjne przeznaczonych do wykonywania operacji, w szczególności na rzecz oddziałów Szpitala.

W skład Bloku Operacyjnego wchodzi:

1.1 Pomieszczenia położone na pograniczu z komunikacją ogólną:

- a) śluzy szatniowe personelu wyposażone w węzły sanitarne,
- b) śluza pacjentów,
- c) śluza materiałowa,
- d) stanowisko rejestracyjne.

1.2 Pomieszczenie położone po stronie „czystej” Bloku:

- a) sale operacyjne,
- b) pomieszczenia przygotowawcze dla personelu wyposażonych w stanowiska chirurgicznego mycia rąk,
- c) pomieszczenia przygotowania pacjentów,
- d) magazyn materiałów sterylnych,
- e) magazyn sprzętu i aparatury,
- f) magazyn czystej pościeli,
- g) pokoje opisów,
- h) pokój Kierownika Bloku,
- i) pomieszczenia dla personelu z pomieszczeniem higieniczno – sanitarnym (pokój lekarzy anesteziologów, pokój pielęgniarek anesteziologicznych, pokój pielęgniarek operacyjnych i pokój rekreacyjny personelu),
- j) sale nadzoru poznieczuleniowego,
- k) winda skomunikowana ze stroną „czystą” C.S.,
- l) pomieszczenie Pro Morte.

1.3 Pomieszczenia położone po stronie „brudnej” Bloku:

- a) stanowisko mycia użytych butów,
- b) pomieszczenie porządkowe,
- c) magazyn do krótkotrwałego przechowywania bielizny brudnej,
- d) winda skomunikowana ze stroną „brudną” C.S.

4. Lekarz operujący we współpracy z lekarzem anesteziologiem, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi i procedurami wewnętrznymi dokonuje kwalifikacji pacjenta do zabiegu oraz ustala sposób prowadzenia zabiegu:

- a) Przed przystąpieniem do zabiegu personel oddziału przekazuje pacjenta pielęgniarce anesteziologicznej, która potwierdza: tożsamość pacjenta, uzyskanie od pacjenta świadomej zgody na zabieg operacyjny i zgody na znieczulenie.
- b) Lekarz operujący jest zobowiązany osobiście zbadać pacjenta przed rozpoczęciem operacji i upewnić się czy pacjent podpisał zgodę na zabieg.

- c) W czasie trwania zabiegu operacyjnego personel znajdujący się w sali operacyjnej w sprawach dotyczących technicznego przeprowadzenia zabiegu jest podporządkowany lekarzowi operującemu, a w sprawach ogólnego postępowania i bezpieczeństwa życia i zdrowia pacjenta lekarzowi anestezjologowi.
 - d) Zabiegi operacyjne odbywają się na podstawie sporządzonego przez Ordynatora/Lekarza Kierującego Oddziału Planu operacji. Kierownik Bloku po jego zatwierdzeniu, sporządza – „Rozkład zabiegów operacyjnych” na daną salę operacyjną. Szczegółowe zasady określają procedury wewnętrzne.
 - e) Wszelkie zmiany w harmonogramie operacji mogą nastąpić za zgodą Kierownika Bloku lub osoby upoważnionej i w porozumieniu z lekarzem anestezjologiem.
 - f) Każdy pacjent zaplanowany do zabiegu, w dniu poprzedzającym zabieg jest badany przez lekarza anestezjologa celem dokonania oceny jego stanu, ustalenia rodzaju znieczulenia, uzyskania na nie zgody od pacjenta i zlecenia premedykacji.
 - g) W dniu zabiegu pacjent wraz z niezbędną dokumentacją przekazywany jest do BO pod opiekę zespołu anestezjologicznego.
 - h) W celu minimalizacji ryzyka powikłań znieczulania i zabiegu prowadzona jest Okołooperacyjna Karta Kontrolna (OKK). Nadzór nad zapisami w OKK sprawuje Koordynator karty (Lekarz znieczulający).
 - i) Na Bloku prowadzi się dokumentację wykonanych zabiegów w postaci „Księgi zabiegów operacyjnych” oraz „Protokołów pielęgniarstwa operacyjnej”, „Księga znieczuleń” zgodnie z zasadami ujętymi w dokumentacji Zintegrowanego Systemu Zarządzania.
 - j) Po zakończeniu operacji, na podstawie dokonanej oceny stanu pacjenta, anestezjolog podejmuje decyzję o przekazaniu pacjenta z sali operacyjnej do obszaru nadzoru poznieczuleniowego. Przekazanie pacjenta do oddziału udokumentowane jest w Karcie Znieczulenia podpisem osoby przekazującej i przyjmującej odpowiedzialność za pacjenta.
5. Szczegółową organizację i tryb pracy określa Regulamin, BO i dokumentacja Zintegrowanego Systemu Zarządzania.

Za zarządzanie, organizację pracy KO oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Kierownik Bloku Operacyjnego. Blok wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 61.

APTEKA SZPITALNA

1. Apteką Szpitalną (zwaną dalej AS) kieruje i za jej działalność jest odpowiedzialny Kierownik AS bezpośrednio podlegający Dyrektorowi ds. Lecznictwa/Naczelnemu Lekarzowi Szpitala, a w razie jego nieobecności Z-ca Kierownika AS.
2. Do zadań AS należy m.in. prawidłowe prowadzenie racjonalnej gospodarki produktem leczniczym i wyrobem medycznym na terenie Szpitala z uwzględnieniem ogólnoszpitalnego systemu informatycznego Eskulap, procesu centralnego przygotowania leków cytotoksycznych i preparatów do leczenia żywieniowego.
W szczególności do zadań AS należy m.in.:
 - a) zakup i zarządzanie zapasami leków w AS,
 - b) monitorowanie gospodarki lekowej i warunków przechowywania, rozlokowanie leków w oddziałach,
 - c) Przygotowanie planu finansowego oraz terminowe wprowadzanie zmian z odpowiednim wyprzedzeniem tj. przed podjęciem decyzji o zamówieniu.
 - d) zaopatrzenie oddziałów i innych KO w wyroby medyczne i produkty lecznicze w tym: leki - w tym w leki recepturowe, leki jałowe, leki cytotoksyczne, preparaty do żywienia, sprzęt jednorazowego użytku, środki kontrastowe, materiał opatrunkowy, środki dezynfekcyjne, spirytus, środki odurzające na następujących zasadach:

I. Zamawianie towaru:

- a. wprowadzanie umów do systemu informatycznego i generowanie zamówień do dostawców;

- b. zamawianie towaru w oparciu o dokumenty potwierdzające zakup, wprowadzenie zamówienia do systemu informatycznego, zamówienie towaru od dostawcy, archiwizowanie zamówień wraz z kopią dokumentacji potwierdzającej zakup;
- c. sprawdzenie ilości i zgodności zamawianego towaru z zamówieniem i umową ;
- d. sprawdzanie faktur pod względem zgodności ceny, ilości zamawianego towaru, terminu płatności z umową i zamówieniem oraz zgodności z dokumentem przychodu PZ i ich opisywanie, przekazanie kompletu dokumentów do Działu Finansowo – Księgowego;
- e. składanie reklamacji w przypadku otrzymania towarów niezgodnych ilościowo i jakościowo ze złożonym zamówieniami;
- f. zamawianie towaru mając na uwadze stany magazynowe i ilości towaru w umowach oraz zgodnie z faktycznymi potrzebami;

II. Wydawanie towaru:

- a. wypisywanie dokumentu rozchodu wewnętrznego w systemie informatycznym na podstawie zgłoszeń z KO Szpitala;
 - b. właściwe składowanie zakupionych i magazynowanych materiałów i zabezpieczenie ich przed kradzieżą i zniszczeniem;
 - c. monitorowanie ilości wydawanego towaru;
 - d. wydawanie towaru z uwzględnieniem aktualnych stanów magazynowych i ilości towaru w umowach;
 - e. monitorowanie ilości towaru w umowach i magazynach;
 - a) wykonywanie analiz farmakoeconomicznych,
 - b) zarządzanie aptecznym systemem informatycznym,
 - c) dystrybucja i przygotowanie leków w ramach badań klinicznych,
 - d) organizacja i przyjmowanie darowizn,
 - e) przygotowanie specyfikacji przetargowych wraz z ich analizą.
3. W ramach AS funkcjonuje:
- a) Pracownia Leku Jałowego,
 - b) Pracownia Leku Cytotoksycznego,
 - c) Pracownia Żywieniowa,
 - d) Pracownia Recepturowa.

4. Szczegółową organizację i tryb pracy określa dokumentacja Zintegrowanego Systemu Zarządzania oraz Regulamin AS.

Za zarządzanie, organizację pracy KO oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Kierownik Apteki Szpitalnej.

AS wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

AMBULATORYJNA OPIEKA ZDROWOTNA

ZAKRES DZIAŁAŃ POSZCZEGÓLNYCH PRACOWNI DIAGNOSTYCZNYCH I ZABIEGOWYCH

§ 62.

PRACOWNIE DIAGNOSTYCZNE

1. Pracownie Diagnostyczne udzielają świadczeń opieki zdrowotnej, które obejmują swoim zakresem badania diagnostyczne, w tym analizy wykonywane w celu ustalenia rozpoznania oraz świadczenia terapeutyczne monitorowanie przebiegu leczenia chorób u pacjentów Szpitala oraz klientów zewnętrznych.
2. Pracownie udzielają nieodpłatnych świadczeń zdrowotnych osobom posiadającym skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz osobom uprawnionym do korzystania z bezpłatnych świadczeń zdrowotnych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i zasadach określonych w umowie z Narodowym Funduszem Zdrowia.
3. Badania oznaczone przez lekarza kierującego, jako „pilne” wykonywane są na bieżąco.
4. Osobom nieuprawnionym do korzystania z bezpłatnego leczenia oraz osobom ubezpieczonym, nieposiadającym wymaganego przepisami skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego,

świadczone mogą być odpłatne usługi diagnostyczne bez skierowania.

Wyjątek stanowią świadczenia w Pracowni Rentgenodiagnostyki Ogólnej i Pracowni Tomografii Komputerowej i Rezonansu Magnetycznego, gdzie skierowanie wymagane jest zawsze.

5. Pracownie mogą ponadto świadczyć odpłatne usługi zdrowotne, na rzecz pacjentów kierowanych przez inne podmioty, w ramach umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

§ 63.

PRACOWNIA DIAGNOSTYKI LABORATORYJNEJ (PDL)

Pracownią Diagnostyki Laboratoryjnej (zwaną dalej PDL) kieruje i za jej działalność jest odpowiedzialny Kierownik bezpośrednio podlegający Dyrektorowi ds. Lecznictwa/Naczelnemu Lekarzowi Szpitala, a w razie jego nieobecności Z-ca Kierownika.

Zadaniem Pracowni Diagnostyki Laboratoryjnej jest wykonywanie badań z zakresu analityki medycznej i zabezpieczenie Oddziałów w krew i jej składniki.

Pracownia Diagnostyki Laboratoryjnej pracuje w całodobowym systemie pracy.

Wykaz wykonywanych badań laboratoryjnych zatwierdza Zarząd.

W ramach PDL funkcjonuje:

- a) pracownia serologii transfuzjologicznej,
- b) bank krwi,
- c) punkty pobrań materiałów do badań (ul. Hubalczyków 1)
- d) pracownia hematologiczna,
- e) pracownia koagulologiczna,
- f) pracownia biochemiczna,
- g) pracownia analityki ogólnej,
- h) pracownia hormonów, wirusów i markerów nowotworowych (immunologia),
- i) pracownia badań autoimmunologicznych,
- j) pracownia genetyczna
- k) pomieszczenia socjalne dla personelu,
- l) pomieszczenia administracyjne i gospodarcze.

W strukturach PDL funkcjonuje **PRACOWNIA GENETYCZNA**.

Do zadań PRACOWNI GENETYCZNEJ należy wykonywanie badań z zakresu biologii molekularnej, genetyki i serologii. Materiałem wykorzystywanym do badań wykonywanych w pracowni może być materiał tkankowy, cytologiczny, a także drobnoustrojowy taki jak wirusy, bakterie, pierwotniaki itp.

W ramach Zintegrowanego Systemu Zarządzania określono obowiązujące wzory skierowań na badania, ustalono w formie procedur operacyjnych m.in. zasady pobierania i przesyłania materiału do badań laboratoryjnych, identyfikacji materiału, postępowania z materiałem „pilnym”, postępowania z wynikiem badania budzącym wątpliwości, zasady pobierania materiału od pacjentów ambulatoryjnych, postępowania z materiałem po badaniu.

Nadzór nad kontrolą jakości wykonanych badań diagnostycznych sprawuje Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością w PDL.

Szczegółową organizację i tryb pracy określa Regulamin PDL i dokumentacja Zintegrowanego Systemu Zarządzania.

W strukturach PDL funkcjonuje **BANK KRWI**. Do zadań Banku Krwi należy w szczególności:

- a) składanie zamówień na krew i jej składniki w najbliższym Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, zgodnie z zamówieniami oddziałów szpitala;
- b) odbiór krwi i jej składników z Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa;
- c) przechowywanie krwi i jej składników do czasu ich wydania do oddziału szpitalnego;
- d) wydawanie krwi i jej składników do oddziałów szpitalnych;
- e) prowadzenie dokumentacji przychodów i rozchodów krwi i jej składników oraz dokumentacji zapewniającej identyfikację dawcy i biorcy krwi lub jej składników;
- f) prowadzenie sprawozdawczości zużycia krwi i jej składników;

g) monitorowanie powikłań poprzetoczeniowych.

Za zarządzanie, organizację pracy Pracowni Serologii Transfuzjologicznej i Banku Krwi oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Kierownik Pracowni Serologii Transfuzjologicznej i Banku Krwi.

Bank wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

Za zarządzanie, organizację pracy KO oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Kierownik Pracowni Diagnostyki Laboratoryjnej.

Pracownia wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 64.

PRACOWNIA DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ (PDO)

Pracownia Diagnostyki Obrazowej (zwaną dalej PDO) pracuje w całodobowym systemie pracy.

Wykaz wykonywanych badań obrazowych zatwierdza Zarząd Szpitala na wniosek Kierownika PDO.

Strukturę organizacyjną PDO tworzą:

- a) pracownia diagnostyki obrazowej/ pracownia rentgenodiagnostyki ogólnej,
- b) pracownia USG,
- c) pracownia tomografii komputerowej,
- d) pracownia radiologii zabiegowej,
- e) pracownia mammografii,
- f) pracownia rezonansu magnetycznego,

Zakres świadczeń realizowanych w PDO:

- a) radiologia klasyczna,
- b) tomografia komputerowa,
- c) mammografia,
- d) badania ultrasonograficzne,
- e) rezonans magnetyczny,
- f) radiologia zabiegowa,
- g) biopsja mammotomiczna (mikrozwapnienia).

Kierownik PDO bezpośrednio podlegający Dyrektorowi ds. Lecznictwa/Naczelnemu Lekarzowi Szpitala, a w razie jego nieobecności osoba przez niego wskazana.

Szczegółową organizację pracy Pracowni Diagnostyki Obrazowej określa Regulamin PDO oraz dokumentacja Zintegrowanego Systemu Zarządzania.

Za zarządzanie, organizację pracy KO oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Kierownik Pracowni Diagnostyki Obrazowej.

Zakład wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 65.

PRACOWNIA DIAGNOSTYKI MIKROBIOLOGICZNEJ (PDM):

Pracownia Diagnostyki Mikrobiologicznej (zwaną dalej PDM) kieruje i za jego działalność jest odpowiedzialny Kierownik bezpośrednio podlegający Dyrektorowi ds. Lecznictwa/Naczelnemu Lekarzowi Szpitala, a w razie jego nieobecności osoba przez niego wskazana.

Zadaniem PDM jest wykonywanie badań z zakresu wysokospecjalistycznej diagnostyki mikrobiologicznej:

- a) wszystkich materiałów biologicznych, hodowli i identyfikacji szczepów bakteryjnych,
- b) oznaczanie lekowrażliwości na antybiotyki i inne leki przeciwbakteryjne,
- c) wirusologii,
- d) mykologii,
- e) wykonywanie specyficznych badań serologicznych.

Wykaz wykonywanych badań laboratoryjnych zatwierdza Zarząd Spółki na wniosek Kierownika PDM.

W ramach PDM funkcjonuje:

- a) pracownia serologii bakteriologicznej i wirusologicznej,
- b) punkty pobrań materiałów do badań PDM
- c) pracownia prątki gruźlicy
- d) pracownia bakteriologii ogólnej,
- e) pracownia schorzeń jelitowych.

W ramach Zintegrowanego Systemu Zarządzania zgodnego z wymogami norm ISO i innych przepisów określono obowiązujące wzory skierowań na badania, ustalono w formie procedur operacyjnych m.in. zasady pobierania i przesyłania materiału do badań laboratoryjnych, identyfikacji materiału, postępowania z materiałem „pilnym”, postępowania z wynikiem badania budzącym wątpliwości, zasady pobierania materiału od pacjentów ambulatoryjnych, postępowania z materiałem po badaniu oraz zasady kontroli aparatury pomiarowo-badawczej i walidacji metod badawczych.

Szczegółową organizację i tryb pracy określa Regulamin PDM oraz dokumentacja Zintegrowanego Systemu Zarządzania.

Za zarządzanie, organizację pracy KO oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Kierownik Pracowni Diagnostyki Mikrobiologicznej.

Zakład wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 66.

ZAKŁAD PATOMORFOLOGII

Zakładem Patomorfologii (zwanym dalej ZP) kieruje i za jego działalność jest odpowiedzialny Kierownik bezpośrednio podlegający Dyrektorowi ds. Lecznictwa/Naczelnemu Lekarzowi Szpitala, a w razie jego nieobecności osoba przez niego wskazana. Kierownikowi ZP podlega bezpośrednio Kierownik Pracowni ZP.

Strukturę organizacyjną ZP tworzą:

- a) Prosektorium,
- b) Pracownia Histopatologii,
- c) Pracownia Cytologiczna,
- d) Pracownia Immunohistochemiczna.

Zakres świadczeń realizowanych przez Zakład Patomorfologii obejmuje w szczególności:

- a) biopsję aspiracyjną cienkoigłową,
- b) biopsję aspiracyjną gruboigłową,
- c) badania cytologiczne,
- d) badania histologiczne,
- e) badania immunohistologiczne.

W ramach Zintegrowanego Systemu Zarządzania i innych przepisów określono obowiązujące wzory skierowań na badania, zasady pobierania i przesyłania materiału do badań patomorfologicznych, identyfikacji materiału, postępowania z wynikiem badania budzącym wątpliwości, postępowania z materiałem po badaniu, postępowania z materiałem śródoperacyjnym.

Do zadań Prosektorium należy w szczególności:

- 1) przechowywanie zwłok w chłodni,
- 2) wykonywanie sekcji zwłok,
- 3) pobieranie i zabezpieczanie materiału tkankowego ze zwłok,
- 4) przygotowywanie zwłok do wydania w celu pochówku.

Prosektorium składa się z następujących pomieszczeń:

- 1) chłodni,
- 2) sali sekcyjnej,
- 3) pomieszczenia wydawania zwłok,
- 4) pomieszczenia socjalne dla pracowników,
- 5) pomieszczenia administracyjne i gospodarcze,
- 6) kaplica.

Szczegółową organizację i tryb pracy ZP określa Regulamin ZP oraz dokumentacja Zintegrowanego Systemu Zarządzania.

Za zarządzanie, organizację pracy KO oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Kierownik Zakładu Patomorfologii.

Zakład wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 67.

PRACOWNIA ENDOSKOPII

1. Pracownią Endoskopii kieruje i za jej działalność jest odpowiedzialny Kierownik bezpośrednio podlegający Dyrektorowi ds. Lecznictwa/Naczelnemu Lekarzowi Szpitala, a w razie jego nieobecności osoba przez niego wskazana.
2. Pielęgniarka koordynująca Pracowni Endoskopii odpowiada za sprawność organizacji udzielania świadczeń, zabezpieczenie kadry pielęgniarskiej i sprzętu.
3. Pracownia realizuje świadczenia całodobowo w odniesieniu do pacjentów Szpitala oraz w trybie ambulatoryjnym na podstawie skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
4. Pracownia Endoskopii wykonuje świadczenia diagnostyczno-terapeutyczne w schorzeniach układu pokarmowego i oddechowego. Zakres świadczeń realizowanych przez pracownię obejmuje w szczególności:
 - a) diagnostyka przewodu pokarmowego (gastroskopia, kolonoskopia).
 - b) diagnostyka układu oddechowego (bronchoskopia),
 - c) zabiegi cholangiopankreatografii wstecznej,
 - d) obliteracje żyłaków przetyku,
 - e) dewitalizacje dimerem argonu przewodu pokarmowego,
 - f) dylatacje zwężeń przewodu pokarmowego,
 - g) gastrostomie (PEG),
 - h) USG przewodu pokarmowego (EUS), i układu oddechowego (EBUS).

Szczegółową organizację i tryb pracy Pracowni określa Regulamin Pracowni oraz dokumentacja Zintegrowanego Systemu Zarządzania.

Za zarządzanie, organizację pracy KO oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Kierownik Pracowni Endoskopowej.

Pracownia wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 68.

PRACOWNIA HEMODYNAMIKI

Pracownia Hemodynamiki (PHd) stanowi integralną część Oddziału Kardiologicznego.

Pracownia realizują świadczenia zdrowotne na rzecz pacjentów przez całą dobę.

Składa się z gabinetów lekarskich i części zabiegowej, w skład, której wchodzi: sala hemodynamiki, sala elektroterapii, pomieszczenie techniczne, sterownia, myjnia, magazyn.

Skład zespołu terapeutycznego stanowią: lekarze, pielęgniarki, technicy elektroradiologii.

Zakres świadczeń diagnostyczno- leczniczych obejmuje: koronarografia, angioplastyka, założenie elektrody endokawitarnej, nakłucie osierdzia, założenie głębokiego wkłucia.

Bezpośrednim przełożonym lekarzy zatrudnionych w Pracowni Hemodynamiki jest Ordynator Oddziału Kardiologicznego.

Bezpośrednim przełożonym pielęgniarek zatrudnionych w Pracowni Hemodynamiki jest Pielęgniarka Koordynująca, która deleguje zadania pielęgniarkom i technikom elektroradiologii.

Za zarządzanie, organizację pracy Oddziału oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Kierownik Pracowni Hemodynamiki.

Pracownia wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 69.

PRACOWNIA URZĄDZEŃ WSZCZEPIALNYCH SERCA

PRACOWNIA ELEKTROFIZJOLOGII

Pracownia Urządzeń Wszczepialnych Serca (PUWS) i Pracownia Elektrofizjologii (PEf) - stanowią integralną część Oddziału Kardiologicznego.

Pracownie realizują świadczenia zdrowotne na rzecz pacjentów przez całą dobę.

Składają się z gabinetów lekarskich i części zabiegowej, w skład, której wchodzi: sala elektroterapii, pomieszczenie techniczne, sterownia, myjnia, magazyn.

Skład zespołu terapeutycznego stanowią: lekarze, pielęgniarki, technicy elektroradiologii.

Zakres świadczeń diagnostyczno- leczniczych:

a) Pracownia Urządzeń Wszczepialnych Serca: implantacja stymulatorów serca, ICD, CRT - D, CRT - P, testy kardiowerterów, założenie elektrody endokawitarnej, nakłucie osierdzia, założenie głębokiego wktucia,

b) Pracownia Elektrofizjologii: badania EPS i ablacje.

Bezpośrednim przełożonym lekarzy zatrudnionych w Pracowni Urządzeń Wszczepialnych Serca, Pracowni Elektrofizjologii jest Ordynator Oddziału Kardiologicznego;

Bezpośrednim przełożonym pielęgniarek zatrudnionych w Pracowni Urządzeń Wszczepialnych Serca, Pracowni Elektrofizjologii jest pielęgniarka Koordynująca, która deleguje zadania pielęgniarkom i technikom elektroradiologii.

Za zarządzanie, organizację pracy Oddziału oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Kierownik Pracowni Urządzeń Wszczepialnych Serca i Pracowni Elektrofizjologii.

Pracownia wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 70.

PRACOWNIA BADAŃ NIEINWAZYJNYCH

1. Pracowni Badań Nieinwazyjnych wykonuje diagnostykę nieinwazyjnej obejmującą:

- a) 24-godz: monitorowanie EKG,
- b) 24- godz.: monitorowanie ciśnienia tętniczego,
- c) testy wysiłkowe EKG,
- d) testy pochyleniowe.

2. Zadania Pracowni Badań Nieinwazyjnych:

- a) udział w podejmowaniu decyzji dotyczących dalszego postępowania diagnostycznego, zaplanowanie dalszej diagnostyki inwazyjnej i nieinwazyjnej, kwalifikacja do tych badań,
- b) diagnostyka zaburzeń rytmu serca i przewodzenia,
- c) diagnostyka choroby niedokrwiennej serca, omdleń, nadciśnienia tętniczego i niewydolności serca.

Za zarządzanie, organizację pracy KO oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Ordynator/Lekarz kierujący Oddziału Kardiologicznego we współpracy z Pielęgniarką oddziałową.

Pracownia wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 71.

PRACOWNIA BADAŃ CZYNNOŚCIOWYCH

Pracownia Badań Czynnościowych wykonuje badania dla pacjentów hospitalizowanych oraz dla pacjentów ambulatoryjnych. Pracownia jest wyposażona w spirometr oraz kabinę bodypletyzmograficzną.

Pracownia wykonuje badania:

- a) spirometria z próbą rozkurczową,
- b) bodypletyzmografia,
- c) pojemność dyfuzyjna płuc dla tlenu węgla (DLCO),
- d) 6 minutowy test chodu,

e) kapnografia.

Za zarządzanie, organizację pracy KO oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Ordynator/Lekarz kierujący Oddziału Chorób Płuc we współpracy z Pielęgniarką oddziałową.

Pracownia wykonuje inne zadania zleczone przez Zarząd Spółki.

§ 72.

PRACOWNIA URODYNAMICZNA

1. Pracownia Urodynamiczna świadczy usługi takie jak:

- a) badania urodynamiczne,
- b) cystoskopia,
- c) biopsje stercza,
- d) kruszenie kamieni w nerce (ESWL),
- e) nakłucie pęcherza (cystostomie) i nerek (nefrostomie).

Za zarządzanie, organizację pracy KO oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Ordynator/Lekarz kierujący Oddziału Urologicznego we współpracy z Pielęgniarką oddziałową.

Pracownia wykonuje inne zadania zleczone przez Zarząd Spółki.

§ 73.

NEUROLOGICZNA PRACOWNIA BADAŃ ELEKTROFIZJOLOGICZNYCH

1. Neurologiczna Pracownia Badań Elektrofizjologicznych wykonuje badania dla pacjentów hospitalizowanych w oddziałach szpitalnych i dla pacjentów ambulatoryjnych, którzy ukończyli 14-rok życia.
2. Za funkcjonowanie Pracowni odpowiada kierownik podlegający Ordynatorowi/Lekarzowi kierującemu. Osoby wykonujące badania są pracownikami Oddziału (realizują opiekę na rzecz pacjentów neurologicznych).
3. Neurologiczna Pracownia Badań Elektrofizjologicznych składa się z:

Pracownia Elektroencefalografii (EEG).

Zakres badań:

- a) elektroencefalografia,
- b) badania Holter EKG i Holter RR (tylko dla pacjentów Oddziału),

Pracownia Elektromiografii i Potencjałów Wywołanych (EMG).

Zakres badań:

- a) Przewodnictwo nerwowe (ENG),
- b) Elektromiografia (EMG),
- c) Próba tężyczkowa (EMG),
- d) Próba miasteniczna,
- e) Potencjały wywołane:
 - ✓ wzrokowe (VEP),
 - ✓ słuchowe (BAEP),
 - ✓ somatosensoryczne (SEP) z kończyn górnych i dolnych.

Za zarządzanie, organizację pracy KO oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Ordynator/Lekarz kierujący Oddziału Neurologicznego, Oddziału Udarowego we współpracy z Pielęgniarką oddziałową.

Pracownia wykonuje inne zadania zleczone przez Zarząd Spółki.

§ 74.

BANK TKANEK I KOMÓREK

Bank Tkanek i Komórek prowadzi działalność w zakresie gromadzenia, testowania, przetwarzania, sterylizacji, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek do przeszczepienia komórek

macierzystych pobieranych z krwi obwodowej oraz szpiku. Bank Tkanek i Komórek działa na potrzeby Oddziału Hematologicznego i Transplantacji Szpiku.

Bank składa się z następujących pomieszczeń:

1. Pracowni Preparatyki,
2. Pracowni Krioprezerwacji,
3. Pokoju asystentów,
4. Magazynu.

Za zarządzanie, organizację pracy KO oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Kierownik Banku Tkanek i Komórek. Nadzór merytoryczny sprawuje Koordynator Oddziału Hematologicznego, Oddziału Transplantacji Szpiku.

Bank Tkanek i Komórek wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

PORADNIE SPECJALISTYCZNE I PORADNIE SPECJALISTYCZNE PRZYSZPITALNE

§ 75.

- 1) Poradnie specjalistyczne udzielają świadczeń zdrowotnych w trybie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w warunkach ambulatoryjnych.
Ponadto świadczenia medyczne są udzielane w warunkach domowych, w szczególności w zakresie: rehabilitacja środowiskowa, domowe leczenie tlenem, dializoterapia otrzewnowa.
- 2) Poradnie specjalistyczne udzielają specjalistycznych świadczeń zdrowotnych, również, jako uzupełnienie leczenia zasadniczego po leczeniu szpitalnym dla zachowania ciągłości opieki nad pacjentem oraz w ramach medycyny pracy w zakresie badań profilaktycznych dla pracowników i dla pracowników zewnętrznych.
- 3) Pielęgniarka Przełożona poradni specjalistycznych ponosi odpowiedzialność za całokształt pracy Przychodni, w tym jej organizację pracy, jakość, efektywność jej funkcjonowania, zarówno pod względem administracyjnym jak i gospodarczym.
- 4) Ordynator/Lekarz kierujący Oddziału odpowiada za nadzór merytoryczny i zabezpieczenie kadry lekarskiej w poradniach przyszpitalnych. Organizacja pracy poradni specjalistycznych ustalona jest w oparciu o Harmonogram pracy zatwierdzony przez Dyrektora ds. Lecznictwa/Naczelnego Lekarza Szpitala lub osobę wskazaną.
- 5) Specjalistyczne świadczenia zdrowotne udzielane są przez lekarzy na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Skierowanie nie jest wymagane w przypadkach wynikających z obowiązujących przepisów prawa.
- 6) Rejestracja pacjenta odbywa się na podstawie zgłoszenia: osobistego, telefonicznego lub za pośrednictwem osoby trzeciej.
- 7) Podstawą rejestracji pacjenta do poradni specjalistycznej jest skierowanie wydane przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, lekarza Oddziału Szpitalnego, Szpitalnego Oddziału Ratunkowego lub Poradni Specjalistycznej. Do skierowania dołącza się wyniki niezbędnych badań diagnostycznych, zgodnie z rozpoznaniem schorzeniem, aktualną wiedzą i praktyką medyczną, umożliwiające potwierdzenie rozpoznania wstępnego.
- 8) Karta informacyjna leczenia szpitalnego, Karta informacyjna z SOR nie stanowi dokumentu będącego podstawą skierowania do poradni specjalistycznej.
- 9) W stanach nagłych świadczenia zdrowotne są udzielane bez wymaganego skierowania.
- 10) Świadczeniobiorca jest obowiązany dostarczyć oryginał skierowania nie później niż w terminie 14 dni roboczych od dnia dokonania wpisu na listę oczekujących, pod rygorem skreślenia z listy oczekujących, nie później jednak niż w dacie udzielenia świadczenia.
- 11) W przypadku skreślenia świadczeniobiorcy z listy oczekujących w wyniku rezygnacji z udzielenia świadczenia, świadczeniodawca zwraca świadczeniobiorcy oryginał skierowania.
- 12) W przypadku braku możliwości przyjęcia pacjenta w dniu rejestracji, wyznacza się termin realizacji świadczenia opieki zdrowotnej oraz umieszcza się go na liście osób oczekujących na udzielenie świadczenia według kolejności zgłoszenia. Na liście oczekujących na udzielenie świadczenia nie umieszcza się świadczeniobiorców kontynuujących leczenie u danego świadczeniodawcy.

- 13) Pacjent zgłaszający się do poradni specjalistycznej przedstawia:
 - a) skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego do tych poradni gdzie jest ono wymagane,
 - b) dokument potwierdzający tożsamość wraz z numerem PESEL, na podstawie, którego weryfikowane jest potwierdzenie prawa do świadczeń w systemie e-WUŚ,
(w przypadku braku potwierdzenia ubezpieczenia w systemie, pacjent może przedłożyć dokument poświadczający uprawnienia pacjenta do uzyskania bezpłatnych świadczeń lub złożyć Oświadczenie o przystępującym prawie do świadczeń opieki zdrowotnej),
- 14) Prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej mają pacjenci określeni przepisami prawa.
- 15) Poradnie specjalistyczne przyjmują pacjentów w dni powszednie, zgodnie z „Rozkładem czasu pracy Poradni” zawierającym wykaz przyjmujących lekarzy, który znajduje się na drzwiach wejściowych do każdej poradni i stronie internetowej Szpitala.
W uzasadnionych sytuacjach przyjęcia mogą być realizowane przez lekarzy w trybie rotacyjnym wynikającym z organizacji pracy w oddziale.
- 16) W razie wystąpienia okoliczności, uniemożliwiających zachowanie terminu wynikającego z listy oczekujących, Poradnia informuje pacjenta o zmianie terminu świadczenia i jego przyczynie. Zasada ta dotyczy również zmiany terminu usługi medycznej na wcześniejszy.
- 17) W razie przekazania informacji o rezygnacji pacjenta ze świadczenia lub nie poinformowania Poradni o niemożności stawienia się, pacjent traci miejsce na liście.
- 18) Jeżeli stan zdrowia osoby ubezpieczonej wymaga kontynuacji leczenia specjalistycznego, to związane z tym kolejne wizyty w gabinecie lekarza specjalisty odbywają się bez ponownego skierowania lekarza, zgodnie z ustalonym z pacjentem terminem kolejnej wizyty.
- 19) Lekarz specjalista ma obowiązek poinformować lekarza sprawującego podstawową opiekę zdrowotną nad pacjentem /lekarza rodzinnego/ o przebiegu leczenia oraz o objęciu pacjenta stałym leczeniem specjalistycznym.
- 20) Szczegółową organizację i tryb pracy określa dokumentacja Zintegrowanego Systemu Zarządzania oraz Regulamin Poradni Specjalistycznych oraz odpowiednio Regulaminy Oddziałów.

§ 76.

Zakres świadczeń Poradni ambulatoryjnych obejmuje zgodnie z aktualnie obowiązującą wiedzą medyczną:

1. Przeprowadzenie badania lekarskiego,
2. Zlecenie wykonania niezbędnych badań diagnostycznych,
3. Wykonywanie świadczeń diagnostyczno – zabiegowych,
4. Zlecenie i zaordynowanie koniecznych leków i materiałów medycznych oraz wydanie niezbędnych zleceń na zaopatrzenie w środki pomocnicze,
5. Wystawienie skierowań na konsultacje specjalistyczne, leczenie szpitalne, leczenie uzdrowiskowe lub rehabilitację leczniczą,
6. Wydanie niezbędnych orzeczeń o stanie zdrowia,
7. Niezbędną edukację i promocję zachowań prozdrowotnych,
8. Wykonanie badań profilaktycznych
9. Inne procedury wchodzące w zakres ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych,

ZAKRES DZIAŁAŃ POSZCZEGÓLNYCH PORADNI SPECJALISTYCZNYCH

§ 77.

PORADNIA MEDYCZYNY PRACY

Poradnia medycyny pracy wykonuje badania profilaktyczne: wstępne, okresowe i kontrolne dla pracujących, uczniów, kandydatów oraz badania sanitarno – epidemiologiczne zgodnie z uprawnieniami i obowiązującymi przepisami z zakresu Medycyny Pracy.

W ramach badań profilaktycznych, na podstawie, których wystawiane są orzeczenia lekarskie, wykonywane są konsultacje specjalistyczne (laryngologa, okulisty, neurologa), oraz pobranie

materiału do badań laboratoryjnych, badania EKG, badania spirometryczne i audiometryczne oraz badania radiologiczne.

Za zarządzanie, organizację pracy Poradni oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Dyrektor ds. Lecznictwa/Naczelnny Lekarz Szpitala przy współpracy z Pielęgniarką Koordynującą.

Poradnia wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 78.

PORADNIA CHOROÓB ZAKAŻNYCH

Poradnia Chorób Zakaźnych jest komórką organizacyjną przeznaczoną do udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie:

- a) leczenia przewlekłych i ostrych chorób zakaźnych i wirusowych, schorzeń wątroby,
- b) leczenia chorób pasożytniczych, pasożytów tkankowych, jelitowych,
- c) programów lekowych (leczenie przewlekłego zapalenia wątroby typu B i C),
- d) postępowania poekspozycyjnego,
- e) kwalifikacji do szczepienia przeciwko wściekliźnie,
- f) poradnictwa w przypadku wyjazdu do strefy tropikalnej.
- g) konsultacje hepatologiczne pacjentów kierowanych z POZ.

Za zarządzanie, organizację pracy Poradni oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Dyrektor ds. Lecznictwa/Naczelnny Lekarz Szpitala przy współpracy z Pielęgniarką Koordynującą.

Poradnia wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 79.

PORADNIA DIABETOLOGICZNA

Poradnia Diabetologiczna jest komórką organizacyjną przeznaczoną do udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w dziedzinie diabetologii.

Za zarządzanie, organizację pracy Poradni oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Dyrektor ds. Lecznictwa/Naczelnny Lekarz Szpitala przy współpracy z Pielęgniarką Koordynującą.

Poradnia wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 80.

PORADNIA STOMATOLOGICZNA

Świadczenia zdrowotne z zakresu lecznictwa stomatologicznego realizowane są w trybie ambulatoryjnym, w tym świadczeń w znieczuleniu ogólnym dla osób z upośledzeniem umysłowym.

Za zarządzanie, organizację pracy Poradni oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest lekarz tam pracujący we współpracy z Pielęgniarką Koordynującą.

Zgodnie ze schematem organizacyjnym Poradnia służbowo podlega Dyrektorowi ds. Lecznictwa/Naczelnemu Lekarzowi Szpitala.

Poradnia wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 81.

PORADNIA CHIRURGII STOMATOLOGICZNEJ

Świadczenia zdrowotne z zakresu lecznictwa stomatologicznego realizowane są w trybie ambulatoryjnym z zakresu chirurgii stomatologicznej oraz w formie konsultacji dla pacjentów hospitalizowanych.

Szczegółową organizację i tryb pracy określa Regulamin jednostki oraz dokumentacja Zintegrowanego Systemu Zarządzania.

Za zarządzanie, organizację pracy Poradni oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest lekarz tam pracujący we współpracy z Pielęgniarką Koordynującą.

Zgodnie ze schematem organizacyjnym Poradnia służbowo podlega Dyrektorowi ds. Lecznictwa/Naczelnemu Lekarzowi Szpitala.

Poradnia wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 82.

GABINET DIAGNOSTYCZNO – ZABIEGOWY

Gabinet służący do wykonywania zabiegów diagnostycznych lub terapeutycznych o charakterze zabiegowym dla pacjentów ambulatoryjnych.

Za zarządzanie, organizację pracy Poradni oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Dyrektor ds. Lecznictwa/Naczelnny Lekarz Szpitala przy współpracy z Pielęgniarką Koordynującą.

ZAKRES DZIAŁAŃ POSZCZEGÓLNYCH PORADNI SPECJALISTYCZNYCH PRZYSZPITALNYCH

§ 83.

PORADNIA DOMOWEGO LECZENIA TLENEM

Poradnia Domowego Leczenia Tlenem jest komórką organizacyjną przeznaczoną do udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki nad chorymi wymagającymi wspomaganie tlenem.

Za zarządzanie, organizację pracy Poradni oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Dyrektor ds. Lecznictwa/Naczelnny Lekarz Szpitala przy współpracy z Pielęgniarką Koordynującą.

Poradnia wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 84.

PORADNIA REHABILITACYJNA

Poradnia Rehabilitacyjna świadczy usługi w zakresie porad rehabilitacyjnych, konsultacyjnych i kwalifikacyjnych do leczenia rehabilitacyjnego, ze szczególnym uwzględnieniem rehabilitacji ze wskazań ortopedycznych, neurologicznych, reumatologicznych, onkologicznych.

Usługi świadczy właściwy lekarz oraz fizjoterapeuci i psycholog. Poradnia świadczy usługi ambulatoryjne oraz zabezpiecza ciągłość rehabilitacji po leczeniu szpitalnym.

Za zarządzanie, organizację pracy Poradni oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Ordynator/Lekarz kierujący Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej, Oddziału Rehabilitacyjnego we współpracy z Pielęgniarką oddziałową.

Poradnia wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 85.

PORADNIA HEMATOLOGICZNA

Poradnia Hematologiczna jest komórką organizacyjną Szpitala, której zadaniem jest:

1. udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie konsultacji chorych kierowanych do Poradni oraz ustalania diagnostyki i ewentualnych wskazań do terapii,

2. kontroli chorych leczonych w Oddziale Hematologicznym w zakresie wskazań do kontynuacji leczenia, wykonywania badań określających stopień zaawansowania i ewentualnej remisji choroby,

3. Zakres diagnozowanych schorzeń obejmuje m.in.:

a) nowotwory układu limfo- i mielopoezy:

- chłoniaki,
- przewlekła białaczka szpikowa,
- czerwienica prawdziwa,
- nadpłytkowość samoistna,
- mielofibroza,

b) diagnostyka zaburzeń krzepnięcia:

- trombofilie,

- hemofilie,
- skazy małopłytkowe,
- zespoły mielodysplastyczne,
- niedokrwistości (hemolityczne i niedoborowe).

Za zarządzanie, organizację pracy Poradni oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Ordynator/Lekarz kierujący Oddziału Hematologicznego we współpracy z pielęgniarką oddziałową.

Poradnia wykonuje inne zadania zleczone przez Zarząd Spółki.

§ 86.

PORADNIA NEFROLOGICZNA

Poradnia Nefrologiczna jest komórką organizacyjną przeznaczoną do udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób nerek, w tym kłębkowego zapalenie nerek, zespołów nerczycowych, nefropatii cukrzycowej, zapalenia nerek, niewydolności nerek, zapalenia pęcherza moczowego, choroby nadciśnieniowej z zajęciem nerek.

Za zarządzanie, organizację pracy Poradni oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Ordynator/Lekarz kierujący Oddziału Nefrologicznego we współpracy z pielęgniarką oddziałową.

Poradnia wykonuje inne zadania zleczone przez Zarząd Spółki.

§ 87.

PORADNIA NEUROLOGICZNA

Poradnia Neurologiczna jest komórką organizacyjną przeznaczoną do udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia schorzeń układu nerwowego, w tym zaburzenia pozapiramidowe, choroby demielinizacyjne ośrodkowego układu nerwowego, choroby zwyrodnieniowe układu nerwowego, zaburzenia okresowe i napadowe, zaburzenia obejmujące nerwy, korzenie nerwów rdzeniowych i sploty nerwowe, polineuropatie i inne zaburzenia obwodowego układu nerwowego, choroby połączeń nerwowo – mięśniowych i mięśni – miastenię, porażenia.

Za zarządzanie, organizację pracy Poradni oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Ordynator/Lekarz kierujący Oddziału Neurologicznego, Oddziału Udarowego we współpracy z pielęgniarką oddziałową.

Poradnia wykonuje inne zadania zleczone przez Zarząd Spółki.

§ 88.

PORADNIA ONKOLOGICZNA, CHEMIOTERAPII

1. Poradnia Onkologiczna, Chemioterapii jest komórką organizacyjną przeznaczoną do udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki i leczenia chorób onkologicznych, a szczególnie:

- a) kwalifikacji do leczenia chemicznego (badanie lekarskie: podmiotowe i przedmiotowe, udzielanie lub zalecanie niezbędnych świadczeń diagnostycznych,
- b) chemioterapii cytostatykami doustnymi,
- c) leczenia bifosfonianami dożylnymi zmian przerzutowych w układzie kostnym,
- d) hormonoterapii nowotworów złośliwych min. rak piersi, rak gruczołu krokowego,
- e) okresowej oceny skuteczności leczenia specjalistycznego,
- f) okresowej oceny toksyczności leczenia z ewentualnym leczeniem wspomagającym kierowanie na konsultacje specjalistyczne, leczenie szpitalne, rehabilitację leczniczą,
- g) niezbędnej edukacji i promocji zachowań prozdrowotnych,
- h) prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami, orzekania o stanie zdrowia w zakresie określonym w ustawie.

Za zarządzanie, organizację pracy Poradni oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Ordynator/Lekarz kierujący Oddziału Onkologii Klinicznej, Chemioterapii we współpracy z pielęgniarką oddziałową.

Poradnia wykonuje inne zadania zleczone przez Zarząd Spółki.

§ 89.

PORADNIA GRUŹLICY I CHORÓB PŁUC

Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc jest komórką organizacyjną przeznaczoną do udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie: prewencji i wczesnego wykrywania chorób płuc w tym gruźlicy i nowotworów, świadczeń konsultacyjnych na potrzeby innych specjalistów, opieki poszpitalnej w stosunku do chorych z przewlekłymi chorobami płuc i oskrzeli.

W ramach Poradni funkcjonuje Pracownia Spirometryczna.

Za zarządzanie, organizację pracy Poradni oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Dyrektor ds. Lecznictwa/Naczelnny Lekarz Szpitala we współpracy z Przewodzącą Pielęgniarką Szpitala.

Poradnia wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 90.

PORADNIA PATOLOGII CIĄŻY

Poradnia Patologii Ciąży jest komórką organizacyjną przeznaczoną do udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych pacjentkom ciężarnym.

Za zarządzanie, organizację pracy Poradni oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Ordynator/Lekarz kierujący Oddziału Położniczo – Ginekologicznego we współpracy z pielęgniarką oddziałową.

Poradnia wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 91.

PORADNIA CHIRURGII OGÓLNEJ

Poradnia Chirurgii Ogólnej jest komórką organizacyjną przeznaczoną do udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w dziedzinie i zakresie chirurgii ogólnej w tym choroby układu pokarmowego, choroby układu moczowo – pęciowego, rany, oparzenia, odmrożenia, odleżyny, przepukliny, choroby gruczołu piersiowego oraz kwalifikacji do leczenia operacyjnego w warunkach szpitalnych oraz pełną opiekę pooperacyjną. Ponadto w poradni wykonywane są drobne zabiegi chirurgiczne w warunkach ambulatoryjnych.

Za zarządzanie, organizację pracy Poradni oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Ordynator/Lekarz kierujący Oddziału Chirurgicznego Ogólnego, we współpracy z pielęgniarką oddziałową.

Poradnia wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 92.

PORADNIA CHIRURGII OGÓLNEJ DLA DZIECI

Poradnia Chirurgii Ogólnej Dla Dzieci jest komórką organizacyjną przeznaczoną do udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w dziedzinie i zakresie chirurgii ogólnej dzieci oraz kwalifikacji do leczenia operacyjnego w warunkach szpitalnych oraz pełną opiekę pooperacyjną.

Za zarządzanie, organizację pracy Poradni oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Ordynator/Lekarz kierujący Oddziału Chirurgicznego Ogólnego dla Dzieci we współpracy z pielęgniarką oddziałową.

Poradnia wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 93.

PORADNIA CHIRURGII NACZYNIOWEJ

Poradnia Chirurgii Naczyniowej jest komórką organizacyjną przeznaczoną do udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia zwężenia tętnic szyjnych, miażdżycy, zwężenia tętnic, tętniaków, zakrzepowego zapalenia żył, zatorów, zakrzepów żylnych, żyłaków kończyn dolnych oraz kwalifikacji do leczenia operacyjnego w warunkach szpitalnych oraz pełną opiekę pooperacyjną.

Za zarządzanie, organizację pracy Poradni oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Ordynator/Lekarz kierujący Oddziału Chirurgii Naczyniowej we współpracy z pielęgniarką oddziałową.

Poradnia wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 94.

PORADNIA CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ

Poradnia Chirurgii Onkologicznej jest komórką organizacyjną przeznaczoną do udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki chorób nowotworowych, kwalifikacji do leczenia operacyjnego w warunkach szpitalnych oraz pełną opiekę pooperacyjną. Ponadto w poradni wykonywane są drobne zabiegi chirurgiczne w warunkach ambulatoryjnych.

Za zarządzanie, organizację pracy Poradni oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Ordynator/Lekarz kierujący Oddziału Chirurgii Onkologicznej we współpracy z pielęgniarką oddziałową.

Poradnia wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 95.

PORADNIA NEUROCHIRURGICZNA

Poradnia Neurochirurgiczna jest komórką organizacyjną przeznaczoną do udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki i leczenia schorzeń neurochirurgicznych w tym choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa, urazy mózgowo – czaszkowe i kręgosłupa, guzy mózgu, kręgosłupa, wodogłowie – kontrola zastawek.

Za zarządzanie, organizację pracy Poradni oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Ordynator/Lekarz kierujący Oddziału Neurochirurgicznego we współpracy z pielęgniarką oddziałową.

Poradnia wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 96.

PORADNIA CHIRURGII URAZOWO- ORTOPEDYCZNEJ

Poradnia Chirurgii Urazowo- Ortopedycznej jest komórką organizacyjną przeznaczoną do udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w dziedzinie i zakresie chirurgii urazowo – ortopedycznej w tym choroba zwyrodnieniowa stawów biodrowych i kolanowych, zwyrodnienia kręgosłupa, zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych, choroby błony maziowej i ścięgien, martwica kości, złamania, urazy, zerwanie ścięgna Achillesa.

Za zarządzanie, organizację pracy Poradni oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Ordynator/Lekarz kierujący Oddziału Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej we współpracy z pielęgniarką oddziałową.

Poradnia wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 97.

PORADNIA OKULISTYCZNA

Poradnia Okulistyczna jest komórką organizacyjną przeznaczoną do udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych pacjentom ze schorzeniami narządu wzroku w zakresie schorzeń aparatu ochronnego oka i spojówek głównie w ramach procedur zabiegowych, schorzeń rogówki, schorzeń błony naczyniowej, schorzeń soczewki – zaćmy, schorzeń ciała szklistego, schorzeń siatkówki (zapalenie, zwyrodnienie, AMD, wrodzone, nowotworowe), retinopatii wcześniaczej i cukrzycowej, jaskry, zaburzeń dróg łzowych, urazów narządu wzroku I oczodołu, guzy gałki I oczodołu.

Za zarządzanie, organizację pracy Poradni oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Ordynator/Lekarz kierujący Oddziału Okulistycznego we współpracy z pielęgniarką oddziałową.

Poradnia wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 98.

PORADNIA OTORYNOLARYNGOLOGICZNA

Poradnia Otorynolaryngologiczna jest komórką organizacyjną przeznaczoną do udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych z zakresu laryngologii.

Za zarządzanie, organizację pracy Poradni oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Ordynator/Lekarz kierujący Oddziału Otorynolaryngologicznego we współpracy z pielęgniarką oddziałową.

Poradnia wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 99.

PORADNIA KONTROLI ROZRUSZNIKÓW I KARDIOWERTERÓW

Poradnia Kontroli Rozruszników i Kardiowerterów jest komórką organizacyjną przeznaczoną do udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych z zakresu kwalifikacji do zabiegu i badania kontrolnego w odniesieniu do pacjentów po wszczepieniu kardiostymulatora, kardiowertera – defibrylatora, (ICD, CRT - D, CRT – P), układu resynchronizującego.

Za zarządzanie, organizację pracy Poradni oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Kierownik Pracowni Urządzeń Wszczepialnych Serca i Pracowni Elektrofizjologii.

Poradnia wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 100.

PORADNIA KARDIOLOGICZNA

Poradnia Kardiologiczna jest komórką organizacyjną przeznaczoną do udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w dziedzinie kardiologii.

Za zarządzanie, organizację pracy Poradni oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Ordynator/Lekarz kierujący Oddziału Kardiologicznego we współpracy z pielęgniarką oddziałową.

Poradnia wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 101.

PORADNIA UROLOGICZNA

Poradnia Urologiczna jest komórką organizacyjną przeznaczoną do udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki i leczeniem pacjentów ze schorzeniami układu moczowego.

Za zarządzanie, organizację pracy Poradni oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Ordynator/Lekarz kierujący Oddziału Urologicznego we współpracy z pielęgniarką oddziałową.

Poradnia wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 102.

PORADNIA DERMATOLOGICZNA

Poradnia Dermatologiczna jest komórką organizacyjną przeznaczoną do udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki i leczeniem chorób skóry, włosów i paznokci oraz diagnostyki i leczenia chorób wenerycznych.

Za zarządzanie, organizację pracy Poradni oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Ordynator/Lekarz kierujący Oddziału Dermatologicznego we współpracy z pielęgniarką oddziałową.

Poradnia wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 103.

PORADNIA POŁOŻNICZO – GINEKOLOGICZNA

Poradnia **Położniczo – Ginekologiczna** jest komórką organizacyjną przeznaczoną do udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktyki, diagnostyki i terapii schorzeń

żeńskiego układu płciowego, w tym profilaktyki i diagnostyki chorób szyjki macicy, stanów zapalnych i nowotworów narządów płciowych (pobieranie materiału do badania cytologicznego), leczenia stanów zapalnych szyjki macicy, leczenia nadżerek szyjki macicy (krioterapia), antykoncepcji (poradnictwo antykoncepcyjne, antykoncepcja doustna, antykoncepcja przezskórna, dopochwowe wkładki antykoncepcyjne), opieki nad kobietą w okresie menopauzy (hormonalna terapia zastępcza, diagnostyka i leczenie zaburzeń miesiączkowania), kompleksowej opieki nad kobietą ciężarną (planowanie ciąży, wczesne rozpoznanie ciąży, prowadzenie ciąży, opiekę poporodową)

Za zarządzanie, organizację pracy Poradni oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Ordynator/Lekarz kierujący Oddziału Położniczo – Ginekologicznego we współpracy z pielęgniarką oddziałową.

Poradnia wykonuje inne zadania zleczone przez Zarząd Spółki.

§ 104.

PORADNIA PROFILAKTYKI CHORÓB PIERSI

Poradnia Profilaktyki Chorób Piersi jest komórką organizacyjną przeznaczoną do udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych z zakresu profilaktyki i leczenia chorób piersi - diagnostowania, leczenia u kobiet i mężczyzn patologii gruczołu piersiowego.

Za zarządzanie, organizację pracy Poradni oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Ordynator Oddziału Chirurgicznego Ogólnego i Oddziału Chirurgii Onkologicznej przy współpracy z Pielęgniarką Oddziałową.

Poradnia wykonuje inne zadania zleczone przez Zarząd Spółki.

§ 105.

GABINET DIAGNOSTYCZNO – ZABIEGOWY

Gabinet służący do wykonywania zabiegów diagnostycznych lub terapeutycznych o charakterze zabiegowym dla pacjentów ambulatoryjnych.

Za zarządzanie, organizację pracy oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Dyrektor ds. Lecznictwa/Naczelny Lekarz Szpitala we współpracy Przełożoną Pielęgniarką Szpitala.

§ 106.

PORADNIA TRANSPLANTOLOGICZNA

Poradnia Transplantologiczna świadczy usługi w zakresie zapewnienia pacjentom kompleksowej specjalistycznej opieki ambulatoryjnej, przygotowania pacjenta do procedury przeszczepienia szpiku kostnego. Zapewnia opiekę nad chorymi poddanymi przeszczepieniom komórek krwiotwórczych w Oddziale oraz nad chorymi przeszczepianymi w innych ośrodkach.

Za zarządzanie, organizację pracy KO oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Ordynator Oddziału Hematologicznego przy współpracy z Pielęgniarką Oddziałową. Poradnia wykonuje inne zadania zleczone przez Zarząd Spółki.

§ 107.

PORADNIA ANESTEZJOLOGICZNA

Poradnia Anestezjologiczna wykonuje konsultacje w zakresie kwalifikacji do wykonywania znieczulenia do zabiegu operacyjnego, diagnostycznego lub leczniczego.

Za zarządzanie, organizację pracy KO oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Koordynator Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii przy współpracy z Pielęgniarką Oddziałową. Poradnia wykonuje inne zadania zleczone przez Zarząd Spółki.

§ 108.

PORADNIA LAKTACYJNA

Zadania Poradni laktacyjnej:

- a) tworzenie warunków do przeprowadzenia pierwszego kontaktu między matką, a dzieckiem po porodzie,
- b) edukacja w okresie przygotowania i przebiegu laktacji,
- c) przygotowanie do karmienia piersią,
- d) nauka właściwej techniki karmienia i obserwacji dziecka przy piersi,
- e) doradztwo w zakresie właściwego sposobu odżywiania w czasie karmienia piersią,
- f) nauka metody pozyskiwania mleka kobiecego i podstawowych zasad jego przechowywania,
- g) pomoc w doborze sprzętu wspomagającego laktację i nauka jego obsługi,
- h) rozpoznanie problemów laktacyjnych.

Za zarządzanie, organizację pracy KO oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Ordynator/Lekarz kierujący Oddziału Położniczo - Ginekologicznego przy współpracy z Położną Oddziałową. Poradnia wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 109.

PORADNIA PEDIATRYCZNA

Poradnia Pediatryczna jest komórką organizacyjną przeznaczoną do udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie pediatrii, w tym kontroli po hospitalizacji w Oddziale Pediatrycznym.

Za zarządzanie, organizację pracy Poradni oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Ordynator/Lekarz kierujący Oddziału Pediatrycznego we współpracy z Pielęgniarką oddziałową.

Poradnia wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 110.

PORADNIA CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH

Poradnia Chorób Wewnętrznych jest komórką organizacyjną przeznaczoną do udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób wewnętrznych, w tym kontroli po hospitalizacji w Oddziale Chorób Wewnętrznych, Oddziale Chorób Płuc.

Za zarządzanie, organizację pracy Poradni oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Ordynator/Lekarz kierujący Oddziału Chorób Wewnętrznych we współpracy z Pielęgniarką oddziałową.

Poradnia wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 111.

PORADNIA NEONATOLOGICZNA

Poradnia Neonatologiczna sprawuje opiekę nad noworodkiem i niemowlęciem z różnorodnymi patologiami okresu około- i poporodowego, w szczególności:

1. noworodki urodzone przedwcześnie
2. noworodki z niską urodzeniową masą ciała
3. z przedłużającą się żółtaczką
4. z wadami wrodzonymi
5. z ciężkimi infekcjami okołoporodowymi
6. nieprawidłowo rozwijające się

Nadzór Poradni Neonatologicznej stanowi kontynuację opieki sprawowanej w Oddziale. Podczas regularnych wizyt lekarze oceniają prawidłowości rozwoju dziecka, zlecają badania laboratoryjne i ultrasonograficzne, a także podejmują decyzje o konieczności objęcia niemowlęcia opieką Ośrodka Rehabilitacji Diennej dla Dzieci.

Do ukończenia pierwszego, a w szczególnych przypadkach drugiego roku życia, Poradnia Neonatologiczna czuwa nad wychyceniem ewentualnych powikłań związanych z niedojrzałością dziecka i stanowi uzupełnienie podstawowej opieki zdrowotnej. Prowadzi także poradnictwo z zakresu żywienia, immunoprofilaktyki i rehabilitacji.

W strukturze poradni funkcjonuje także Ambulatorium Lekowe, w ramach którego wcześniaki urodzone przed ukończeniem 32. tygodnia ciąży otrzymują wysokospecjalistyczną immunizację preparatem Synagis w profilaktyce zakażeń dróg oddechowych wirusem zapalenia oskrzelików. Za zarządzanie, organizację pracy Poradni oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Ordynator/Lekarz kierujący Oddziału Neonatologicznego we współpracy z Pielęgniarką oddziałową.

Poradnia wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 112.

PUNKTY SZCZEPIEŃ

Do zadań PUNKTÓW SZCZEPIEŃ należy udzielanie ambulatoryjnych świadczeń opieki zdrowotnej związanych z realizacją szczepień dla pacjentów w lokalizacji Punktu.

Organizacja Punktu Szczepień może również obejmować udzielanie świadczeń w miejscu zamieszkania/pobytu pacjenta, którego stan zdrowia uniemożliwia samodzielne dotarcie do Punktu Szczepień oraz transport z miejsca zamieszkania/pobytu i odwiezienie po szczepieniu.

Zakres świadczeń Punktu Szczepień obejmuje m. in. przeprowadzenie badania kwalifikacyjnego przez osoby uprawnione na podstawie przepisów prawnych oraz przeprowadzenie szczepienia.

Za zarządzanie, organizację pracy Punktów Szczepień oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Dyrektor ds. Lecznictwa/Naczelny Lekarz Szpitala przy współpracy z Pielęgniarką Koordynującą.

Punkty Szczepień wykonują inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

POZOSTAŁA DZIAŁALNOŚĆ MEDYCZNA

§ 113.

OŚRODEK REHABILITACJI DZIENNEJ

Świadczenia w Ośrodku Rehabilitacji Diennej (ORD) są kontynuacją leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego z powodu chorób układu ruchu, chorób onkologicznych, chorób neurologicznych, chorób reumatologicznych, urazów narządu ruchu, chorób przewlekłych.

Świadczenia z zakresu rehabilitacji mają na celu ułatwienie choremu powrót do optymalnej sprawności psychofizycznej i społeczno - zawodowej, zgodnie z najnowszą wiedzą w tej dziedzinie.

Za zarządzanie, organizację pracy KO oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Kierownik Ośrodka Rehabilitacji Diennej.

Ośrodek wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 114.

OŚRODEK REHABILITACJI DZIENNEJ DLA DZIECI

Ośrodek realizuje wielospecjalistyczną, kompleksową rehabilitację dzieci zagrożonych nieprawidłowym rozwojem psychomotorycznym. Realizacja rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego obejmuje m.in.:

- poradę lekarską,
- świadczenia z zakresu diagnozy i terapii psychologicznej,
- świadczenia z zakresu diagnozy i terapii logopedycznej,
- świadczenia z zakresu terapii zajęciowej,
- świadczenia diagnostyczno- terapeutyczne z zakresu kinezyterapii,
- zabiegi z zakresu fizykoterapii i masażu.

Zajęcia są prowadzone indywidualnie lub w grupowo.

Ośrodek funkcjonuje w oparciu o gabinety: lekarski, kinezyterapii, masażu, psychologiczno - logopedyczny, terapii zajęciowej.

Za zarządzanie, organizację pracy KO oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Kierownik Ośrodka Rehabilitacji Diennej Dla Dzieci.

Ośrodek wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 115.

OŚRODEK REHABILITACJI KARDIOLOGICZNEJ

Ośrodek Rehabilitacji Kardiologicznej świadczy usługi w zakresie rehabilitacji kardiologicznej polegającej na indywidualnym doborze schematu treningowego przygotowanego przez lekarza kardiologa we współpracy z magistrem fizjoterapii. Zadaniem ORK jest także ocena aktualnego stanu zdrowia i oszacowanie ryzyka wystąpienia kolejnego incydentu sercowo- naczyniowego oraz ustalenie działań w ramach prewencji wtórnej. Proces terapeutyczny ukierunkowany jest na poprawę ogólnej tolerancji wysiłku fizycznego przez układ sercowo – naczyniowy, utrwalenie osiągniętej sprawności fizycznej oraz zwalczanie czynników ryzyka chorób układu krążenia.

Za zarządzanie, organizację pracy KO oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Kierownik Ośrodka Rehabilitacji Kardiologicznej.

Ośrodek wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 116.

ZAKŁAD REHABILITACJI LECZNICZEJ

Za organizację pracy KO oraz nadzór odpowiedzialny jest Kierownik Zakładu Rehabilitacji Leczniczej. Strukturę organizacyjną ZRL tworzą:

DZIAŁ FIZJOTERAPII: zespół metod leczniczych wykorzystujących reakcje organizmu na bodźce. Celem fizjoterapii jest zapobieganie postępowi i nawrotom choroby, usuwanie różnych dolegliwości i przywracanie sprawności fizycznej.

DZIAŁ FIZYKOTERAPII

Wykonywane zabiegi to m.in.: diadynamik, jonoforeza, galwanizacja, elektrostymulacja, tonoliza, prądy Tens, Traberta, Kotza, prądy interferencyjne- interdyn, pole elektromagnetyczne- magnetronik, pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości - diatermia, krioterapia miejscowa ciekłym azotem, aquavibron - masaż mechaniczny za pomocą ciśnienia wody.

Światłolecznictwo: Wykonywane zabiegi to: laser, sollux, kwarcówka, ultradźwięki, bioptron,

DZIAŁ KINEZYTERAPII

Wykonywane zabiegi to m.in.:

ćwiczenia poprawiające sprawność układu sercowo- naczyniowego grupowe lub indywidualne: ćwiczenia bierne, ćwiczenia czynno-bierne, ćwiczenia czynne wolne, ćwiczenia czynne z oporem, ćwiczenia wspomagane, ćwiczenia w odciążeniu, ćwiczenia izometryczne, ćwiczenia rozluźniające poszczególnych grup mięśniowych, ćwiczenia równoważne, ćwiczenia specjalne, ćwiczenia wzmacniające, nauka lokomocji, nauka chodu o kulach, w podeście, na schodach, nauka postępowania się protezą, nauka przesiadania na wózek inwalidzki, metody kinezyterapeutyczne, ćwiczenia bierne kkd na szynie CMP, ćwiczenia bierne kkg na szynie Fisiotek HP2, trening mięśni oddechowych - ćwiczenia oddechowe (spowolnienie oddechu, pogłębienie wdechu, wydłużenie wydechu, oddech przeponowy, oporowany wdech), trening zwiększający wytrzymałość aerobową: ćwiczenia na cykloergometrze, trening wytrzymałości siłowej- trening oporowy na stepperach, trening wytrzymałości siłowej – urządzenie, Atlas”, trening wytrzymałości siłowej – urządzenie, Wioślarz”, trening marszowy na bieżni ruchomej, wykorzystanie podstawowych technik fizjoterapeutycznych, nauka automasażu, drenaż limfatyczny, edukacja pacjenta i ich rodzin ukierunkowana na kontynuację wyuczonych ćwiczeń w celu zapobiegania wtórnym następstwom chorób.

DZIAŁ HYDROTERAPII

Wykonywane zabiegi to m.in.:

Masaż podwodny kończyn dolnych, masaż podwodny kończyn górnych, masaż całościowy-hydromasaż, masaż peretkowy, masaż wirowy,

DZIAŁ MASAŻU LECZNICZEGO

Wykonywane zabiegi to m.in.:

- 1) masaż klasyczny,
- 2) masaż limfatyczny.

DZIAŁ KRIOTERAPII

Zabiegi ogólnoustrojowe w komorze krioterapii.

Za zarządzanie, organizację pracy KO oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Kierownik Zakładu Rehabilitacji Leczniczej.

Zakład wykonuje inne zadania zleczone przez Zarząd Spółki.

§ 117.

ZESPÓŁ DOMOWEJ DIALIZOTERAPII OTRZEWNOWEJ

Zespół Domowej Dializoterapii Otrzewnowej świadczy usługi w zakresie:

1. Badania konsultacyjne i kwalifikacje do leczenia dializą otrzewnową,
2. Kierowanie i uzgadnianie terminu wszczęcia cewnika dializacyjnego do jamy otrzewnowej oraz w razie wskazań medycznych jego wymiany lub usunięcia,
3. Szkolenia początkowe i uzupełniające pacjenta i rodziny,
4. Konsultacje nefrologiczne połączone z wykonaniem okresowych badań, (co 6 tygodni lub częściej wg wskazań medycznych),
5. Zaopatrzenie w domu pacjenta oraz w Szpitalu w płyny dializacyjne, dreny oraz inne niezbędne materiały,
6. Monitorowanie i leczenie niedokrwistości poprzez stosowanie czynników stymulujących erytropoezę.

Za zarządzanie, organizację pracy KO oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Ordynator/Lekarz kierujący Oddziału Nefrologicznego, Stacji Dializ współpracy z pielęgniarką oddziałową.

Zespół wykonuje inne zadania zleczone przez Zarząd Spółki.

§ 118.

PRACOWNIA ECHOKARDIOGRAFII stanowi integralną część Oddziału Kardiologicznego.

1. Zakres świadczeń diagnostycznych:

- a) Klasyczne badania przezklatkowe (TTE),
- b) Echokardiografia przezprzełykowa (TTE),
- c) Echokardiografia obciążeniowa:
 - a. Echokardiograficzna próba wysiłkowa,
 - b. Echokardiograficzna próba obciążeniowa z dobutaminą,
 - c. Echokardiograficzna próba obciążeniowa z zastosowaniem stymulacji serca.

2. Zadania Pracowni Echokardiografii:

- a) diagnostyka choroby wieńcowej, niewydolności serca, wad serca,
- b) udział w podejmowaniu decyzji dotyczących postępowania diagnostycznego, dalszej diagnostyki inwazyjnej, kwalifikacji do badań,
- c) ocena żywności mięśnia sercowego, wskazań i efektów rewaskularyzacji,
- d) ocena ryzyka kardiologicznego przed zabiegami operacyjnymi,
- e) kwalifikacja do leczenia kardiochirurgicznego.

Bezpośrednim przełożonym lekarzy zatrudnionych w Pracowni Echokardiografii jest Ordynator Oddziału Kardiologicznego.

Za zarządzanie, organizację pracy Pracowni oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Kierownik Pracowni Echokardiografii. Ordynator/Lekarz

kierujący Oddziału Kardiologicznego we współpracy z Pielęgniarką oddziałową sprawuje nadzór merytoryczny nad działalnością Pracowni.
Pracownia wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 119.

SZKOŁA RODZENIA

Zadaniami Szkoły Rodzenia jest psychiczne i fizyczne przygotowanie uczestników do czynnego udziału w porodzie, zapewnienie dziecku bezpieczeństwa w przelomowych godzinach jego życia. Zajęcia przeznaczone są dla kobiet i par - szczególnie wskazane dla osób decydujących się na poród rodzinny. W Szkole Rodzenia zdobędziecie wiedzę i praktyczne umiejętności dotyczące ciąży, porodu oraz pielęgnacji i żywienia noworodka. Program obejmuje także ćwiczenia ogólnorozwojowe, relaksacyjne, masaż, naukę oddychania i parcia. Szkoła Rodzenia działa przy Oddziale Położniczo-Ginekologicznym i daje słuchaczom również możliwość zapoznania się z personelem oraz topografią oddziału.

Za zarządzanie, organizację pracy Poradni oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Położna oddziałowa Oddziału Położniczo - Ginekologicznego.

Szkoła wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA

ŚWIADCZENIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

§ 120.

PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA

Świadczenia gwarantowane realizowane przez **PODSTAWOWĄ OPIEKĘ ZDROWOTNĄ** obejmują:

- a) świadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej
- b) świadczenia pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej
- c) świadczenia położnej podstawowej opieki zdrowotnej,
- d) świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej,
- e) transport sanitarny.

I. PORADNIA POZ, PORADNIA POZ FILIA USTKA

Świadczenia gwarantowane realizowane obejmują:

- a) świadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
- b) świadczenia pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej,
- c) świadczenia położnej podstawowej opieki zdrowotnej,
- e) transport sanitarny.

1. CELE:

- 1) Podstawowa opieka zdrowotna stanowi miejsce pierwszego kontaktu pacjenta, w ramach którego jest zapewniony dostęp do profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczych, pielęgnacyjnych oraz rehabilitacyjnych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez:
 - a) zapewnienie opieki zdrowotnej nad pacjentem i jego rodziną;
 - b) koordynację opieki zdrowotnej pacjentem w systemie ochrony zdrowia;
 - c) ocenę potrzeb oraz ustalenie priorytetów zdrowotnych populacji objętej opieką oraz wdrażanie działań profilaktycznych;
 - d) rozpoznawanie, eliminowanie lub ograniczanie zagrożeń i problemów zdrowia fizycznego i psychicznego;
 - e) zapewnienie profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz promocji zdrowia dostosowanych do potrzeb różnych grup społeczeństwa

- f) zapewnienie edukacji świadczeniobiorcy w zakresie odpowiedzialności za własne zdrowie i kształtowanie świadomości prozdrowotnej.

2. ZADANIA, RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ ORAZ ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH:

DO ZADAŃ POZ w szczególności należy:

- 1) Dokonanie oceny potrzeb zdrowotnych podopiecznego w jego środowisku rodzinnym, miejscu zamieszkania.
- 2) Świadczenie usług medycznych w zakresie:
 - a) promocji zdrowia z ukierunkowaniem na problemy (czynniki ryzyka) występujące w środowisku jego podopiecznych np. uczenia sposobu życia sprzyjającego umacnianiu zdrowia, zwalczaniu uzależnień palenia tytoniu, picia alkoholu, narkomanii itp.,
 - b) profilaktyki, zgodnie z odpowiednimi w tym zakresie obowiązującymi przepisami prawnymi
 - c) diagnozowania – samodzielne wykonywanie badań diagnostycznych takich jak np. EKG, testy paskowe i inne,
 - d) rozpoznawania i leczenia – udzielanie świadczeń ambulatoryjnych i domowych w nagłych przypadkach, zachorowaniach ostrych i przewlekłych, prowadzenie leczenia domowego-hospitalizacja domowa (kontynuacja leczenia szpitalnego lub jego zastępstwo), w tym również działalność specjalistyczna w zależności od posiadanych w tym zakresie kwalifikacji,
 - e) rehabilitacji – samodzielne prowadzenie zabiegów rehabilitacyjnych, kierowanie na inne zabiegi.
 - f) transportu sanitarnego.
- 3) POZ udziela świadczeń zdrowotnych związanych z:
 - a) badaniem i poradą lekarską,
 - b) leczeniem,
 - c) zabiegiem i poradą pielęgniarską,
 - d) badaniem diagnostycznym, w tym z analityką medyczną,
 - e) orzekaniem i opiniowaniem o stanie zdrowia, oraz czasowej niezdolności do pracy,
 - f) zapobieganiem powstawaniu urazów i chorób poprzez świadczenia profilaktyczne, oraz z zakresu promocji zdrowia,
 - g) rehabilitacją leczniczą,
 - h) prowadzeniem dokumentacji medycznej.
- 4) Koordynacja świadczeń zdrowotnych poprzez:
 - a) kierowanie pacjenta na konieczne badania diagnostyczne oraz w miarę możliwości zapewnienie ich wykonania,
 - b) kierowanie pacjenta do poradni specjalistycznych na niezbędne badania i konsultacje dla ustalenia rozpoznania i dalszego postępowania leczniczego,
 - c) kierowanie pacjenta na leczenie uzdrowiskowe, leczenie szpitalne i utrzymywanie kontaktu z lekarzem leczącym w szpitalu,
 - d) kierowanie pacjenta na niezbędne zabiegi rehabilitacyjne,
 - e) orzekanie o czasowej niezdolności do pracy,
 - f) wykonywanie innych zadań powierzonych lub wynikających z odrębnych przepisów.
- 5) POZ może prowadzić wydzieloną działalność gospodarczą inną niż udzielanie świadczeń zdrowotnych pod warunkiem, że działalność ta nie jest uciążliwa dla pacjenta lub przebiegu leczenia.

3. STRUKTURA ORGANIZACYJNA:

- 1) Strukturę organizacyjną Podstawowej Opieki Zdrowotnej tworzą komórki organizacyjne, które grupuje się w jedną jednostkę organizacyjną realizującą jednorodny rodzaj działalności leczniczej z zakresu ambulatoryjne świadczenia zdrowotne:
 - a) Poradnia lekarza POZ,
 - b) Gabinet zabiegowy,
 - c) Punkt szczepień,
 - d) Gabinet pielęgniarki POZ,
 - e) Gabinet położnej POZ.

4. MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

1. POZ udziela ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w:
 - a) POZ:
 1. Jednostka organizacyjna działa pod nazwą: **Podstawowa Opieka Zdrowotna Słupsk**.
 - 1) Głównym obszarem działania POZ jest teren miasta i gminy Słupsk.
 - 2) Siedzibą POZ jest ul. Hubalczyków 1, 76-200 Słupsk.
 2. Jednostka organizacyjna działa pod nazwą: **Podstawowa Opieka Zdrowotna Ustka**.
 - 1) Głównym obszarem działania POZ jest teren miasta i gminy Ustka.
 - 2) Siedzibą POZ jest ul. Mickiewicza 12, 76-270 Ustka

Współdziała z KO Szpitala lub innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.

Pracę zespołu POZ koordynuje lekarz POZ, który rozstrzyga o sposobie planowania i realizacji postępowania diagnostyczno-leczniczego nad świadczeniobiorcą.

Za zarządzanie, organizację pracy KO oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Dyrektor ds. Lecznictwa/Naczelny Lekarz Szpitala, Dyrektor ds. Pielęgniarstwa/Naczelny Pielęgniarski Szpitala we współpracy z Przełożoną Pielęgniarką Szpitala.

POZ wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

Szczegółowe zasady organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym przekazywania informacji o tym procesie, określa Regulamin POZ.

II. PORADNIA NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ:

- a) Poradnia (gabinet) nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej – Hubalczyków
- b) Poradnia (gabinet) nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej – Ustka
- c) Poradnia (gabinet) nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej – Kobylnica

1. ZAKRES ŚWIADCZENIA

1) Świadczenia gwarantowane nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanej w warunkach ambulatoryjnych obejmują:

- a) poradę lekarską udzielaną w warunkach ambulatoryjnych w bezpośrednim kontakcie ze świadczeniobiorcą lub na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności;
- b) świadczenia udzielane przez pielęgniarkę w warunkach ambulatoryjnych, zlecone przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, wynikające z potrzeby zachowania ciągłości leczenia lub pielęgnacji;
- c) świadczenia udzielane przez pielęgniarkę doraźnie, w związku z poradą, o której mowa w pkt a).

2) Świadczenia gwarantowane nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanej w warunkach ambulatoryjnych są realizowane w zakresie uzupełnionym:

- a) zakres uzupełniony świadczenia dotyczy sytuacji, gdy świadczeniodawca realizujący świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanej w warunkach ambulatoryjnych nie zapewnia jednocześnie świadczeń w trybie hospitalizacji lub zapewnia jednocześnie świadczenia w trybie hospitalizacji, ale realizacja świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanej w warunkach ambulatoryjnych nie może być łączona z realizacją świadczeń w trybie hospitalizacji.

3) Świadczenia gwarantowane nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanej w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy obejmują:

- a) poradę lekarską udzielaną w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy;
- b) świadczenia udzielane przez pielęgniarkę w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy, w tym świadczenia zlecone przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, wynikające z potrzeby zachowania ciągłości leczenia lub pielęgnacji;
- c) świadczenia udzielane przez pielęgniarkę doraźnie, w związku z poradą, o której mowa w pkt a).

Za zarządzanie, organizację pracy Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Dyrektor ds. Lecznictwa/Naczelny Lekarz Szpitala, Dyrektor ds. Pielęgniarstwa/Naczelny Pielęgniarz Szpitala we współpracy z Przełożoną Pielęgniarką Szpitala.

POZ wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

ŚWIADCZENIA UZDROWISKOWE

§ 121.

ZAKŁAD PRZYRODOLECZNICZY W USTCE jest integralną częścią Sanatorium Uzdrowiskowego w Ustce i świadczy zabiegi lecznicze zgodnie z określonymi profilami leczniczymi. Zakład Przyrodoleczniczy jest placówką prowadzącą działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii.

Zakład Przyrodoleczniczy realizuje świadczenia zdrowotne dla:

1. Oddziału Uzdrowiskowego Sanatoryjnego adekwatnie do prowadzonych w nim kierunków leczniczych.
2. Pacjentów ambulatoryjnych

Zakład Przyrodoleczniczy w Ustce składa się z:

1. Pracowni Fizjoterapii
2. Pracowni Fizykoterapii
3. Pracowni Kinezyterapii
4. Pracowni Hydroterapii
5. Pracowni Krioterapii
6. Pracowni Masażu Leczniczego

W skład Zakładu wchodzi następujące pomieszczenia:

- gabinet lekarski,
- punkt pielęgniarski
- pomieszczenia zabiegowe zaopatrzone w leki pierwszej pomocy i zestaw do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej,

W oparciu o istniejące walory klimatyczne, naturalne surowce lecznicze i odpowiednio wyposażoną bazę leczniczą w Zakładzie Przyrodoleczniczym w Ustce leczy się:

- choroby ortopedyczno-urazowe
- choroby układu nerwowego
- choroby reumatologiczne
- choroby kardiologiczne i nadciśnienie
- choroby górnych dróg oddechowych
- choroby dolnych dróg oddechowych
- choroby endokrynologiczne.

Za zarządzanie, organizację pracy Zakładu Przyrodoleczniczego oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Kierownik Sanatorium.

Kierownik Zakładu podlega Dyrektorowi ds. Lecznictwa.

Zakład wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 122.

SANATORIUM UZDROWISKOWE W USTCE

ODDZIAŁ UZDROWISKOWY SANATORYJNY

Do zadań **ODDZIAŁU UZDROWISKOWEGO SANATORYJNEGO** należy zapewnienie pacjentowi, którego skierowano na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową:

- 1) całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych;
- 2) opieki lekarskiej i całodobowej opieki pielęgniarskiej;
- 3) przewidzianych programem leczenia zabiegów;
- 4) świadczeń profilaktycznych;
- 5) edukacji zdrowotnej.

Za zarządzanie, organizację pracy Oddziału oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Kierownik Sanatorium.

Kierownik Zakładu podlega Dyrektorowi ds. Lecznictwa.

Zakład wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

STACJONARNE I CAŁODOBOWE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE - INNE NIŻ SZPITALNE

§ 123.

Do zadań **ODDZIAŁU PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO** należy w szczególności udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom oraz pacjentom wentylowanym mechanicznie w zakresie:

- a) pielęgnacyjnym,
- b) opiekuńczym,
- c) farmakoterapii,
- d) rehabilitacyjnym,
- e) socjalnym,
- f) leczniczym,
- g) edukacji i promocji zdrowia.

Na oddziale znajdują się:

- a) sala rehabilitacji
- b) sala do prowadzenia terapii zajęciowej
- c) sala pobytu dziennego
- d) gabinet konsultacyjny (logopeda, psycholog)
- e) gabinet lekarski
- f) dyżurka pielęgniarska.

Pozostałe obszary to:

- a) pomieszczenia socjalne
- b) pomieszczenia administracyjne i gospodarcze.

Za zarządzanie, organizację pracy Oddziału oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Kierownik Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego we współpracy z Pielęgniarką Oddziałową.

Kierownik Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego podlega Dyrektorowi ds. Lecznictwa.

Oddział wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

ZAKRES DZIAŁAŃ POZOSTAŁYCH MEDYCZNYCH KOMÓREK POMOCNICZYCH

§ 124.

DZIAŁ HIGIENY I EPIDEMIOLOGII

DZIAŁ HIGIENY I EPIDEMIOLOGII odpowiada za rozwijanie i doskonalenie Spółki w zakresie zwalczania zakażeń (profilaktyka zakażeń szpitalnych, ich wykrywania i rejestracji). System nadzoru realizowany jest przez Lekarza – Specjalistę Chorób Zakaźnych, Dział Higieny i Epidemiologii oraz przez Komitet i Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych.

1. Do zadań **DZIAŁU HIGIENY I EPIDEMIOLOGII** należy:

- a) Współuczestnictwo w wypracowaniu strategii działań Szpitala w zakresie profilaktyki zwalczania zakażeń szpitalnych (w tym opracowywanie programów),
- b) Analiza sytuacji epidemiologicznej Szpitala,
- c) Uczestniczenie w pracach Komitetu i Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych,
- d) Współpraca z Przewodniczącym Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych, Przewodniczącą Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych, ordynatorami, kierownikami, lekarzami prowadzącymi, lekarzami łącznikowymi, pielęgniarkami/położnymi oddziałowymi, pielęgniarkami łącznikowymi, PDM, PDL, Służbą BHP, Działem Jakości w zakresie profilaktyki zakażeń szpitalnych.
- e) Nadzorowanie pracy personelu w zakresie przestrzegania procedur higienicznych we wszystkich oddziałach i pomieszczeniach szpitalnych, a w szczególności w pomieszczeniach związanych z pobytem pacjenta (oddziały, blok/sale operacyjne, pracownie diagnostyczne, gabinety zabiegowe, poradnie specjalistyczne), kuchni szpitalnej, pralni, sterylizator i i innych komórkach Szpitala,
- f) Monitorowanie zakażeń szpitalnych,
- g) Wypracowanie standardów organizacyjnych dotyczących systemu pracy w Szpitalu, szczególnie metod i technik pracy personelu, systemu transportu wewnętrznego, sposobu zbierania, gromadzenia i utylizacji odpadów, procesów dezynfekcji i sterylizacji, procesów dezynsekcji i deratyzacji,
- h) Przeprowadzanie dochodzenia epidemiologicznego oraz przedstawianie wyników prac Dyrektorowi ds. Lecznictwa, Dyrektorowi ds. Pielęgniarstwa/Naczelnemu Pielęgniarzowi, Przełożonej Pielęgniarsce Szpitala, Komitetowi i Zespołowi Kontroli Zakażeń Szpitalnych w formie raportów epidemiologicznych,
- i) Nadzorowanie prowadzenia dokumentacji kontroli zakażeń szpitalnych (Karty rejestracji zakażeń szpitalnych),
- j) Współpraca z Wojewódzką i Powiatową Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną,
- k) Prowadzenie działalności edukacyjnej.

3. Szczegółową organizację i tryb pracy określa dokumentacja Zintegrowanego Systemu Zarządzania.

4. Za zarządzanie, organizację pracy KO oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Kierownik Działu Higieny i Epidemiologii. Dział podlega Dyrektorowi ds. Lecznictwa.

Merytorycznie Specjaliści ds. epidemiologii zatrudnieni w Dziale Higieny i Epidemiologii podlegają również Naczelnaj Pielęgniarsce Szpitala.

§ 125.

STERYLIZATORNIA

1. Sterylizatornią (zwaną dalej CS) kieruje i za jej działalność jest odpowiedzialny Kierownik CS, który podlega Dyrektorowi ds. Pielęgniarstwa/Naczelnemu Pielęgniarzowi Szpitala i Przełożonej Pielęgniarsce Szpitala.
2. W ramach Zintegrowanego Systemu Zarządzania i innych przepisów określono obowiązujące zasady procedur sterylizacyjnych tj. sterylizacji parowej, niskotemperaturowej, plazmowej oraz zasady postępowania przy przygotowaniu sprzętu do sterylizacji przez oddziały i klientów zewnętrznych, pakowania materiału sterylnego, transportu, kontroli procesu sterylizacji.
3. Zadaniem Sterylizatorni jest:
 - a) przyjmowanie materiału medycznego z KO szpitala i prywatnych odbiorców,
 - b) segregowanie,
 - c) dezynfekowanie w myjniach dezynfektorach,
 - d) pakowanie,
 - e) sterylizacja w autoklawach bądź w sterylizatorze niskotemperaturowym.

Sterylizatornia składa się z:

- a) Strefy brudnej – gdzie znajdują się myjnie-dezynfektory,
- b) Strefy czystej – gdzie znajdują się autoklawy parowe i sterylizatory niskotemperaturowe,
- c) Strefy sterylnej – gdzie przechowywany jest sprzęt sterylny,
- d) Części szatniowo- socjalnej.

Pracownicy Sterylizatorni posiadają kwalifikacje do obsługi aparatury wysokociśnieniowej oraz sterylizatorów niskotemperaturowych, oraz przeszkolenia na poszczególnych stanowiskach pracy.

Procesy sterylizacji są kontrolowane poprzez codzienne stosowanie testów zintegrowanych bądź emulatorów chemicznych oraz codzienne badania mikrobiologiczne.

Wydawany materiał sterylny jest opatrzony datą sterylizacji i datą ważności sprzętu, podpisem pracownika, który wykonywał daną czynność.

Wszystkie procesy dezynfekcji i sterylizacji są udokumentowane - zwalidowane.

Naprawa aparatury dokonywana jest wyłącznie przez osoby do tego uprawnione.

W niedzielę i święta w razie zwiększonej liczby zabiegów operacyjnych nagłych, istnieje dyżur pod telefonem pracowników Sterylizatorni.

Szczegółową organizację i tryb pracy określa dokumentacja Zintegrowanego Systemu Zarządzania oraz Regulamin CS.

Za zarządzanie, organizację pracy KO oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Kierownik Sterylizatorni.

Sterylizatornia wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 126.

Do zadań **LEKARZA PSYCHIATRY** należy konsultacje psychiatryczne pacjentów hospitalizowanych oraz współpraca z lekarzem prowadzącym w procesie diagnostyczno – terapeutycznym.

Lekarz Psychiatra podlega bezpośrednio Dyrektorowi ds. Lecznictwa.

Za zarządzanie, organizację pracy KO oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny Lekarz Psychiatra.

Lekarz Psychiatra wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 127.

Do zadań **SPECJALISTY DS. OPIEKI SOCJALNEJ** należy:

1. w zakresie rozwiązywania problemów socjalno-bytowych pacjenta oraz zapewnienia ciągłości opiekuńczo – leczniczo - rehabilitacyjnej po zakończonej hospitalizacji:
 - a) przeprowadzanie wywiadów z pacjentami i rodziną pacjenta w celu rozpoznania sytuacji socjalno-bytowej pacjenta po zakończeniu hospitalizacji w oparciu o zalecenia wydane przez lekarza leczącego chorego przy wypisywaniu go do domu,

- b) ocena sytuacji społecznej wskazanych przez oddział pacjentów hospitalizowanych i określenie potrzeb i możliwości opiekuńczych rodziny lub opiekunów,
- c) udzielanie wsparcia informacyjnego rodzinom i opiekunom pacjenta w zakresie zapewnienia opieki choremu po zakończeniu leczenia szpitalnego,
- d) współpraca z:
 - lokalnymi samorządami terytorialnymi i ich pracownikami socjalnymi,
 - pielęgniarkami środowiskowymi POZ,
 - zakładami opiekuńczo - leczniczymi, zakładami pielęgnacyjno-opiekuńczymi, placówkami rehabilitacyjnymi, ośrodkami realizującymi opiekę długoterminową,
- e) stały kontakt z lekarzami, pielęgniarkami, sekretarkami medycznymi oddziałów celem zidentyfikowania osób pozbawionych możliwości opiekuńczych ze strony najbliższych,
- f) udzielanie informacji dla oddziałów dotyczących procedur kierowania do ZOL, DPS, środowiskowych domów samopomocy,
- g) wyszukiwanie zakładów opiekuńczo - leczniczych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, placówek rehabilitacyjnych posiadających wolne miejsca lub najszybszy dostęp do świadczeń,
- h) udzielanie pomocy osobom bezdomnym (umieszczanie w schroniskach, noclegowniach, ośrodkach Monaru itp.),
- i) kompletowanie dokumentów dot. umieszczenia pacjenta w domach pomocy społecznej, zakładach leczniczo-opiekuńczych, środowiskowych domach samopomocy, mieszkaniach chronionych.
- j) podejmowanie działań zmierzających do ustalenia tożsamości pacjentów NN (kontakt z Policją, ośrodki pomocy społecznej, szpitale, pogotowie ratunkowe, straż miejska, ośrodki pomocy społecznej),
- k) prowadzenie dokumentacji w zakresie powierzonych zadań.

W zakresie powyższych zadań. Specjalista ds. Opieki Socjalnej podlega Dyrektorowi ds. Pielęgniarstwa/Naczelnemu Pielęgniarzowi Szpitala.

2. W zakresie działalności socjalnej:

- a) prowadzenie spraw związanych z wykorzystaniem ZFŚS,
- b) załatwianie spraw związanych z udzielaniem pomocy rzeczowej i pieniężnej dla pracowników znajdujących się okresowo w trudnej sytuacji materialnej,
- c) organizowanie działalności kulturalno-oświatowej,
- d) organizowanie wypoczynku dla pracowników i ich dzieci,
- e) czynna współpraca z Zakładową Komisją Socjalną.

W zakresie działalności socjalnej pracowników Specjalista ds. Opieki Socjalnej podlega Kierownikowi Kadr i Płac.

Specjalista wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 128.

Do zadań **PEŁNOMOCNIKA ds. PRAW PACJENTA** należy:

1. Czuwanie nad przestrzeganiem praw pacjenta w Szpitalu.
2. Podejmowanie działań na rzecz poprawy stopnia przestrzegania praw pacjenta.
3. Prowadzenie działań mających na celu upowszechniania Karty Praw Pacjenta i Karty Praw Dziecka wśród pacjentów i personelu Szpitala.
4. Uczestnictwo w rozwiązywaniu spraw interwencyjnych oraz skarg i wniosków pacjentów ze zgłoszeń osobistych, telefonicznych i pisemnych.
2. Analiza stwierdzonych nieprawidłowości dotyczących realizacji praw pacjenta oraz proponowanie działań naprawczych.
3. Przedkładanie Dyrektorowi ds. Lecznictwa/Naczelnemu Lekarzowi Szpitala wniosków i propozycji rozwiązań dotyczących przestrzegania praw pacjenta
4. Współdziałanie w monitorowaniu satysfakcji pacjenta korzystającego z usług medycznych poprzez ankietowanie w poszczególnych KO Szpitala.
5. Współpraca z zespołem uczestniczącym w procesie diagnozowania, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjenta w rozwiązywaniu istotnych spraw chorego.

6. Prowadzenie szkoleń z zakresu praw pacjenta dla osób zatrudnionych w Szpitalu udzielających świadczeń zdrowotnych.
 7. Współpraca z Rzecznikiem Praw Pacjenta.
- Pełnomocnik ds. praw pacjenta podlega bezpośrednio Zarządowi Szpitala.
PEŁNOMOCNIK ds. PRAW PACJENTA wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 129.

Do zadań **KOORDYNATORA LECZENIA ONKOLOGICZNEGO** należy:

1. Nadzorowanie terminów badań na każdym etapie diagnostyczno – terapeutycznym,
2. Zapewnienie przepływu informacji na wszystkich etapach terapii, tak aby leczenie było dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjenta,
3. Ustalenie terminu Konsylium,
4. Przygotowanie dokumentacji pacjenta (wyniki badań z diagnostyki w AOS),
5. Koordynowanie Planu Leczenia Onkologicznego pacjenta ustalonego przez Konsylium,
6. Nadzorowanie kompletności dokumentacji pacjenta i wpisów w Karcie DiLO (szczególnie potwierdzenia wykonania świadczeń i zakończenia danego etapu leczenia),
7. Udzielanie pacjentowi wszystkich niezbędnych informacji związanych z diagnostyką i leczeniem onkologicznym,
8. Archiwizowanie dokumentacji pacjenta, Karty DiLO, wyników badań na potrzeby Konsylium
9. Rozliczenie Konsylium w systemie ESKULAP i w aplikacji AP-DiLO-NFZ.

Za zarządzanie, organizację pracy KO oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Dyrektor ds. Lecznictwa.

Koordinatora Leczenia Onkologicznego wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 130.

Do zadań DZIAŁU DIETETYKI należy:

1. Uczestnictwo w pracach Zespołu ds. leczenia żywieniowego
2. Opracowywanie ogólnych i indywidualnych pisemnych zaleceń żywieniowych w danej jednostce chorobowej dla pacjenta i personelu medycznego.
3. Edukacja pacjentów (indywidualna lub grupowa) z zasad prawidłowego postępowania dietetycznego w danej jednostce chorobowej,
4. Współpraca z personelem medycznym oddziałów w zakresie ustalania diety dla indywidualnego pacjenta.
5. Okresowe monitorowanie prawidłowości realizacji obowiązujących w Szpitalu procedur w zakresie żywienia i opieki dietetycznej nad Pacjentem wraz ze sporządzaniem raportów z obserwacji wraz z wnioskami i propozycjami działań naprawczych.
6. Wypracowywanie rozwiązań dotyczących: jakości żywienia Pacjentów, zgodnych z sugestiami spływającymi z oddziałów szpitalnych.
7. Opracowywanie i aktualizowanie procedur dotyczących żywienia pacjentów.
8. Przeprowadzanie auditów wewnętrznych dotyczących, jakości żywienia, edukacji żywieniowej i opieki dietetycznej nad pacjentem.
9. Czynności kontrolne i audytowe wszystkich etapów procesu produkcyjnego i dystrybucji posiłków wedle harmonogramu oraz w razie zaistnienia potrzeby, wraz z prowadzeniem zapisów z wykonywanych czynności.
10. Współpraca z DRPM w celu pozyskiwania środków zewnętrznych na projekty naukowe i badawcze, programy społeczne, badania przesiewowe itp. z zakresu dietetyki i promocji zdrowia.
11. Nadzorowanie działaniami doskonalącymi dot. normy ISO 22000 – bezpieczeństwa żywności i koordynowanie monitorowaniem przestrzegania wymagań normy w zakresie dystrybucji posiłków.
12. Ocena jadłospisów dekadowych dostarczonych przez firmę cateringową pod względem wskazań żywieniowych dla poszczególnych jednostek chorobowych.
13. Ocena jadłospisów dziennych pod względem sezonowości, gramatury, wartości energetycznej i odżywczej.

14. Współpraca z firmą zewnętrzną wykonującą usługę żywienia w celu bieżącej aktualizacji obowiązującego w Szpitalu systemu dietetycznego do krajowych rekomendacji,
 15. Czynności kontrolne i audytowe zgodnie z harmonogramem oraz w razie zaistnienia potrzeby, wraz z prowadzeniem zapisów z wykonywanych czynności w zakresie realizacji obowiązujących u usługodawcy procedur dotyczących procesu produkcyjnego posiłków (systemu GHP/GMP oraz HACCP) oraz systemu ich dystrybucji na oddziały szpitalne wraz ze sporządzaniem raportów z obserwacji wraz z wnioskami i propozycjami działań naprawczych.
 16. Bieżące reagowanie na nieprawidłowości ze strony firmy cateringowej zgłaszane przez pacjentów lub oddziały.
 17. Protokółowanie spotkań Zespołu ds. bezpieczeństwa i jakości żywienia.
 18. Bieżące powiadamianie Kierownika firmy cateringowej oraz członków Zespołu o nieprawidłowościach wynikających z umowy,
 19. Dokonywanie obliczeń ilości zamówionych przez oddziały posiłków i sprawdzenie pod względem prawidłowości z faktura wystawioną przez firmę cateringową,
 20. Sprawowanie opieki nad praktykami studentów kierunku dietetyka.
- Za zarządzanie, organizację pracy KO oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialna jest Dyrektor ds. Pielęgniarstwa/Naczelny Pielęgniarski Szpitala. Dział Dietetyki wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 131.

Do podstawowych zadań **PEŁNOMOCNIKA DS. BADAŃ KLINICZNYCH** należy:

1. Kontakt z podmiotami zainteresowanymi współpracą w zakresie wykonywania badań klinicznych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. J. Korczaka w Słupsku Sp. z o.o.,
2. Udział w negocjowaniu warunków umów dotyczących współpracy, o której mowa w pkt. 1,
3. Sprawowanie nadzoru merytorycznego w procesie przygotowania umów oraz budżetu badania klinicznego,
4. Współpraca merytoryczna w zakresie koordynowania badań klinicznych,
5. Współpraca w zakresie pozyskiwania i rozliczania badań klinicznych z Zespołem Badań Klinicznych,
6. Generowanie zapytań do badaczy w celu wyjaśnienia nieprawidłowości,
7. Podpisywanie umów o poufności danych w ramach badań klinicznych oraz umów wstępnych o przeprowadzenie badania klinicznego poprzedzających zawarcie właściwych umów o badanie kliniczne.

Za zarządzanie, organizację pracy **PEŁNOMOCNIKA DS. BADAŃ KLINICZNYCH** oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Zarząd Spółki.

PEŁNOMOCNIK DS. BADAŃ KLINICZNYCH wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 131a

Do podstawowych zadań **SZPITALNEGO KOORDYNATORA TRANSPLANTACYJNEGO** należy:

- 1) Identyfikacja zmarłych dawców i koordynacja pobrania narządów
- 2) identyfikacja i wstępna kwalifikacja medyczna potencjalnych zmarłych dawców narządów i tkanek
- 3) współudział w organizacji i dokumentacji postępowania diagnostycznego śmierci mózgu,
- 4) autoryzacja pobrania (rozmowa z rodziną zmarłego dawcy, pozyskiwanie opinii prokuratora/sądu rodzinnego, w sytuacjach, w których jest to konieczne),
- 5) organizacja opieki nad potencjalnym dawcą,
 - a) koordynacja pobrania wielonarządowego z wykorzystaniem ustawowych rejestrów transplantacyjnych,
 - b) organizacja pozyskania i zabezpieczenia materiału do typowania tkankowego,
 - c) organizacja pobrania narządów i tkanek we własnym szpitalu,
 - d) współpraca z koordynatorem regionalnym, wojewódzkim i centralnym,
 - e) dokumentacja pobrania narządów i tkanek.

- 6) Edukacja i szkolenia:
 - a) odbywanie szkolenia wstępnego i szkoleń ustawicznych, nie rzadziej niż co 2 lata (zgodnie z art. 40a Ustawy o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów),
 - b) organizacja i prowadzenie szkoleń w zakresie pobierania i przeszczepiania narządów od osób zmarłych dla personelu szpitala, szkół, uczelni lub innych grup odbiorców, nie rzadziej niż raz w roku,
 - c) promowanie medycyny transplantacyjnej i dawstwa w środowisku medycznym i społeczeństwie.
- 7) Monitorowanie zgonów w szpitalu, dyskontowanie potencjału dawstwa w szpitalu oraz składanie sprawozdań, dotyczących tego zagadnienia, Zarządowi Szpitala oraz „Poltransplantowi”:
 - a) bieżąca dokumentacja każdego przypadku śmierci w OAiIT w narzędziu sieciowym www.koordinator.net,
 - b) sporządzanie miesięcznych sprawozdań przypadków zgonów w oddziale intensywnej terapii ze wsteczną analizą możliwości donacyjnych.

§ 132.

ZESPÓŁ CALL CENTER

Za zarządzanie, organizację pracy oraz nadzór nad prawidłową realizacją zadań odpowiedzialny jest Koordynator Zespołu.

Do zadań **ZESPOŁU CALL CENTER** należy:

1. Utrzymywanie kontaktu telefonicznego z pacjentem/przedstawicielami ustawowymi pacjentów w celu udzielania informacji na temat oferowanych świadczeń zdrowotnych i innych usług medycznych lub zaprezentowania tych produktów w celu ich udostępnienia lub sprzedaży;
2. Efektywne zarządzanie obszarem połączeń przychodzących i wychodzących, w szczególności w celu:
 - a) rejestracji pacjentów do hospitalizacji, konsultacji, wizyty, porady, badania lub innego świadczenia zdrowotnego;
 - b) umożliwienia zmiany ustalonego uprzednio terminu udzielenia świadczenia lub informowania o zmianie tego terminu pacjenta;
 - c) powiadamiania (w formie e-mail, SMS lub telefonicznie) o zbliżającym się terminie udzielenia świadczenia;
 - d) potwierdzania (w formie e-mail, SMS lub telefonicznie) umówionego uprzednio terminu udzielenia świadczenia;
 - e) zamawiania recept i zleceń w trybie zaocznym oraz informowanie o stanie realizacji zamówień po podaniu numeru identyfikacyjnego z możliwością połączenia z właściwym oddziałem lub poradnią;
 - f) zapraszania na okresowe wizyty kontrolne;
 - g) przypominania o konieczności stosowania zaleceń terapeutycznych oraz rehabilitacyjnych w warunkach domowych,
 - h) wyszukiwania i informowania o właściwej komórce organizacyjnej udzielającej świadczeń zdrowotnych (adres, godziny otwarcia itp.),
 - i) a nadto po uzyskaniu stosownej zgody na przetwarzanie danych osobowych dla poniższych celów również:
 - a. informowania o akcjach promocyjnych w zakresie szczepień i badań profilaktycznych;
 - b. informowania o programach lojalnościowych dla pacjentów cyklicznie korzystających ze świadczeń zdrowotnych;
 - c. przekazywania komunikatów opartych na automatycznym wyborze odbiorców według określonych kryteriów.
3. Prezentacja informacji o połączeniach, statystyce połączeń od/do pacjentów oraz pracy konsultantów.

PION EKONOMICZNY

§ 133.

Pion Ekonomiczny tworzą:

1. Główny Księgowy,
2. Dział Finansowo – Księgowy,
3. Dział Analiz.

§ 134.

GŁÓWNY KSIĘGOWY

Główny Księgowy nadzoruje bezpośrednio działalność Spółki w zakresie spraw księgowych i finansowych oraz podejmuje decyzje w sprawach wchodzących w zakres działania podległego mu pionu. Do zadań Głównego Księgowego należy w szczególności:

1. kontrola i nadzór nad całokształtem prac związanych z prowadzeniem prawidłowej gospodarki finansowej zgodnie z obowiązującymi zasadami oraz zgodnie z planem budżetu,
2. planowanie, wykorzystanie i ewidencja środków finansowych związanych z funkcjonowaniem Spółki,
3. planowanie środków finansowych związanych z długoterminnym funkcjonowaniem Spółki,
4. analiza finansów w ujęciu długoterminowej strategii zarządzania,
5. planowanie i dokonywanie analiz w zakresie gospodarki finansowej Spółki,
6. obieg i kontrolę dokumentów finansowych,
7. nadzór nad zagadnieniami płacowymi w zakresie finansowym,
8. kontrola i nadzór nad inwentaryzacją środków trwałych i wyposażenia oraz zapasów magazynowych,
9. nadzór nad rachunkiem kosztów,
10. dokonywanie kontroli zgodności operacji gospodarczych i finansowych z planem rzeczowo-finansowym,
11. dokonywanie kontroli kompletności i rzetelności dokumentów dotyczących operacji gospodarczych i finansowych,
12. opracowywanie planów rzeczowo-finansowych Spółki i nadzór nad budżetami oraz ich realizacją w poszczególnych komórkach,
13. sprawowanie bieżącego nadzoru i kontroli nad racjonalną gospodarką kosztami oraz dyscypliną finansową,
14. prowadzenie gospodarki finansowej Spółki zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz tworzenie i aktualizacja instrukcji księgowych,
15. określanie zasad, według których pozostałe komórki organizacyjne powinny zapewnić prawidłową realizację gospodarki finansowej, kalkulacji kosztów i sprawozdawczości finansowej,
16. wykonywanie innych zadań zleconych przez Zarząd Spółki,
17. nadzór nad umowami dotyczącymi sprzedaży i kupna,
18. przedkładanie Zarządowi propozycji dotyczących strategii finansowej Szpitala,
19. przygotowania analiz i prognoz wynikających z potrzeb w obszarze działalności Szpitala,
20. sporządzanie planów finansowych i nadzór nad spójnością ustalonych planów i ich bieżącą realizacją oraz terminowa ich aktualizacja w przypadku zmiany w rozumieniu przed podjęciem decyzji o zamówieniu,
21. nadzór nad terminowym sporządzaniem i przekazywaniem informacji ekonomicznych oraz rozliczeń finansowych,
22. kontrola przepływów finansowych,
23. monitorowanie i zarządzanie płynnościami,
24. monitorowanie zagrożeń pod kątem oceny sytuacji finansowej Szpitala,
25. współpraca z bankami i negocjowanie umów,

26. opiniowanie umów zgodnie ze wskazanym zakresem,
27. prowadzenie rachunkowości zgodnie z obowiązującymi przepisami,
28. wykonywanie dyspozycji środkami pieniężnymi po ich zaakceptowaniu przez Zarząd
29. wnioskowanie w zakresie czasowego wstrzymania wydatków lub odstąpienia od ich poniesienia w sytuacji zagrożenia finansowego,
30. określenie zakresów obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności pracowników w zakresie stosownym do kompetencji zatrudnionych,
31. nadzór organizacyjno-merytoryczny i koordynacja pracy podległego pionu,
32. organizowanie prawidłowego obiegu informacji pomiędzy działami,
33. nadzór nad prawidłowym wykorzystaniem środków pochodzących z dotacji oraz innych środków będących w dyspozycji Spółki,
34. nadzór nad terminową windykacją należności i dochodzenia roszczeń spornych,
35. sporządzenie informacji o uzyskaniu dochodu i pobranych zaliczkach na podatek dochodowy zgodnie z obowiązującymi przepisami,
36. nadzór nad rozliczeniem podatku vat,
37. Główny Księgowy ponosi odpowiedzialność za prawidłowe funkcjonowanie rachunkowości jednostki,
38. nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów działalności przez podległe komórki organizacyjne. Współtworzenie polityki finansowej w Spółce,
39. Wykonywanie innych zadań zleconych przez Zarząd Spółki.

Główny Księgowy odpowiada za prawidłowe wykonywanie zadań i podlega bezpośrednio Zarządowi. Za zarządzanie, organizację pracy KO oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Główny Księgowy.

§ 135.

Do głównych zadań **DZIAŁU FINANSOWO – KSIĘGOWEGO** należy:

1. prowadzenie ksiąg rachunków,
2. przyjmowanie dokumentów księgowych, sprawdzanie ich pod względem formalno - rachunkowym, dekretowanie, rejestrowanie w systemie finansowo - księgowym,
3. obsługa systemu bankowości elektronicznej, nadzór nad terminowością zapłat,
4. dekretacja i uzgodnienia wyciągów bankowych,
5. prowadzenie i uzgadnianie kont rozrachunkowych,
6. prowadzenie, uzgadnianie kont dotyczących rozliczeń z pracownikami - raty mieszkaniowe, zaliczki, delegacje, ryczałty, depozyty, itp.
7. uzgadnianie stanów oraz rozliczanie remanentów w magazynach,
8. prowadzenie rozrachunków publicznoprawnych oraz sporządzanie deklaracji,
9. ewidencja i rozliczanie Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych,
10. comiesięczne uzgadnianie obrotów i sald wszystkich kont księgowych,
11. wystawianie wezwań do zapłaty i upomnień oraz naliczanie odsetek w przypadku nieterminowego uregulowania należności,
12. dokonywanie przeksięgowania dokumentem wewnętrznym PK,
13. prowadzenie zbiorów dokumentów księgowych oraz ich archiwizacja zgodnie z obowiązującymi przepisami,
14. obsługa kasowa oraz obsługa płatności bezgotówkowych dokonywanych kartą płatniczą,
15. przyjmowanie, wydawanie, ewidencja depozytów pacjentów,
16. fakturowanie sprzedaży usług medycznych (poza NFZ) i niemedycznych,
17. analiza i kontrola pod względem rachunkowym podpisanych umów, aneksów rozliczeniowych i innych dokumentów potwierdzających realizację usług medycznych w trakcie roku rozrachunkowego,
18. prowadzenie ewidencji ilościowo – wartościowej majątku Szpitala tj. środków trwałych, wartości niematerialnych i prawnych oraz pozostałego wyposażenia oraz naliczanie amortyzacji,
19. przeprowadzanie inwentaryzacji rocznych, kontrolnych i zdawczo – odbiorczych,

20. rozliczanie przeprowadzonych inwentaryzacji,
21. dokonywanie oznakowania numerami inwentarzowymi sprzętu, aparatury i wyposażenia Szpitala,
22. sporządzanie sprawozdań finansowych,
23. nadzór nad prawidłowym wykorzystaniem środków pochodzących z dotacji oraz innych środków będących w dyspozycji Spółki,
24. nadzór nad terminową windykacją należności i dochodzenia roszczeń spornych,
25. rozliczenie podatku Vat oraz sporządzenie deklaracji,
26. opracowanie projektu rocznego planu finansowego oraz jego wykonania przy współpracy innych komórek organizacyjnych,
27. prowadzenie korespondencji służbowej,
28. nadzór nad umowami sprzedaży i kupna usług,
29. przygotowanie i nadzór nad aktualnością cenników Szpitala we współpracy z Działem Rozwoju, promocji i Marketingu i Działem Analiz.,
30. przygotowanie analiz i prognoz do Planu Rzeczowo-Finansowego,
31. monitoring nad poprawnością danych na portalu analitycznym.
32. przygotowanie, wnioskowanie, modyfikowanie i terminowe wprowadzanie zmian do Planu finansowego z odpowiednim wyprzedzeniem tj. przed podjęciem decyzji o zamówieniu.

§ 136.

Do głównych zadań **DZIAŁU ANALIZ** należy:

1. Prowadzenie analiz przychodów i kosztów działalności Spółki z uwzględnieniem wszystkich komórek organizacyjnych i samodzielnych stanowisk.
2. Aktualizowanie listy Ośrodków Powstawania Kosztów w systemie Koszty.
3. Aktualizowanie kosztów rodzajowych w systemie Koszty.
4. Wprowadzenie i aktualizacja kluczy podziałowych w systemie Koszty.
5. Zamykanie bieżącego m-ca w systemie Apteka i przesyłanie danych do modułu Wycena Procedur Medycznych.
6. W module Wycena Procedur Medycznych wykonywanie importu cen z Apteki do słownika materiałowego oraz wykonywanie aktualizacji stawek w indeksie personelu.
7. W Wycenie Procedur Medycznych wykonywanie bieżącej wyceny procedur oraz dokonywanie sprawdzenia w raportach poprawności. Następnie dokonywanie obliczeń kosztów normatywnych i wysyłanie danych do modułu Koszty.
8. W programie Koszty wykonywanie aktualizacji planu rozdziału.
9. W systemie informatycznym sprawdzanie zgodności zapisów na kontach.
10. W programie Koszty sprawdzanie wskaźników komórek proceduralnych.
11. W Kosztach wykonanie rozliczenia wszystkich etapów kosztowych.
12. Po rozliczeniu m-ca sporządzanie wyników wszystkich komórek zadaniowych w bibliotece w programie Koszty.
13. Kompletowanie wg przyjętego systemu dokumentów księgowych oraz pozostałej dokumentacji przewidzianej ustawą o rachunkowości i właściwe ich przechowywanie.
14. Sporządzanie miesięcznych i okresowych zestawień kosztów, analiz, sprawozdań i informacji ekonomicznych.
15. Sporządzanie, analizowanie i przekazywanie ordynatorom i kierownikom jednostek miesięcznych kart kosztów - rachunek wyników kosztów.
16. Zebranie, przygotowanie, przekazanie miesięcznych danych ekonomicznych i statystycznych na potrzeby analityczne.
17. Monitoring nad poprawnością danych na portalu analitycznym.
18. Budżetowanie komórek organizacyjnych.
19. Sporządzanie sprawozdań finansowych.
20. Przygotowanie planu finansowego oraz terminowe wprowadzanie zmian z odpowiednim wyprzedzeniem tj. przed podjęciem decyzji o zamówieniu.

21. Tworzenie i aktualizacja Cennika we współpracy z Działem Rozwoju, Promocji i Marketingu i Działem Finansowo-Księgowym.
22. Wprowadzenie modułu Kalkulacji Kosztów Leczenia, a następnie nadzór.
Za zarządzanie, organizację pracy KO oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Kierownik Działu Analiz.
Dział Analiz wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 137.

Do głównych zadań **ZESPOŁU BADAŃ KLINICZNYCH** należy:

1. Prowadzenie rejestru umów badań klinicznych,
2. Współpraca w zakresie pozyskiwania i rozliczania badań klinicznych z Pełnomocnikiem ds. Badań Klinicznych
3. Gromadzenie i analiza zestawień zawierających liczbę wizyt i procedur jakie zostały wykonane przez Badacza,
4. Nadzór nad rozliczeniami dotyczącymi badań klinicznych w ujęciu statystycznym i finansowym,
5. Przygotowanie i przekazywanie wszystkich danych potrzebnych do wystawienia faktur do Działu Finansowo-Księgowego,
6. Monitorowanie przychodów z badań klinicznych prowadzonych przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Janusza Korczaka Sp. z o.o,
7. Retrospektywna analiza badań klinicznych w zakresie płatności,
8. Utworzenie strony www – treść, cenniki, aktualizacja danych na bieżąco,
9. Przygotowanie cenników do badań klinicznych i ich aktualizacja,
10. Ścisła współpraca z firmami farmaceutycznymi w sprawie badań,
11. Wyjaśnianie spraw dotyczących badań klinicznych,
12. Koordynowanie działań pomiędzy Oddziałami Szpitalnymi, a Ośrodkiem i firmą farmaceutyczną (Sponsorem) lub CRO,
13. Koordynacja przepływu informacji między komórkami organizacyjnymi WSS w Słupsku,
14. Współpraca z Badaczami w zakresie badań klinicznych.

PION TECHNICZNY

§ 138.

Dyrektorowi ds. Technicznych podlega Pion Techniczny, który tworzą:

1. Dział Eksploatacyjno – Techniczny,
2. Dział Informatyczny.

Dyrektor ds. Technicznych podlega Zarządowi.

§ 139.

Do zadań **DYREKTORA DS. TECHNICZNYCH** należy:

1. koordynowanie i organizowanie pracy podległego pionu wraz z usługami zleconymi na zewnątrz w celu zapewnienia ciągłości działania szpitala,
2. nadzór nad utrzymaniem infrastruktury w należytej sprawności ze szczególnym uwzględnieniem bezpieczeństwa pacjentów i personelu,
3. nadzór nad eksploatacją obiektów i urządzeń wymagających obsługi pracowników o określonych kwalifikacjach technicznych zgodnie z obowiązującymi przepisami,
4. odpowiedzialność za ryzyko w zakresie infrastruktury technicznej szpitala,
5. współdziałanie w procesie tworzenia: planu inwestycyjnego, planu finansowego – nadzór nad realizacją oraz terminowe wprowadzanie zmian w wyżej wymienionych planach z odpowiednim wyprzedzeniem tj. przed podjęciem decyzji o zamówieniu,
6. udział w procesie inwestycyjnym,
7. nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów działalności przez podległe komórki organizacyjne. Współtworzenie polityki finansowej w Spółce,

8. stały kontakt ze służbami pracowniczymi Szpitala, celem aktualizacji wiedzy nt. potrzeb kadrowych personelu technicznego, zgłaszanych przez kierownika DET i DI.
9. angażowanie się w nawiązywaniu kontaktu i prowadzenia rozmowy rekrutacyjnej z osobami posiadającymi kwalifikacje, odpowiadające potrzebom zgłaszanym przez kierowników KO,
10. aranżowanie spotkań potencjalnych pracowników z Zarządem Spółki, kierownikiem DET, DI, Kierownikiem Działu Kadr i Płac celem ostatecznego ustalenia warunków pracy oraz podpisania stosownej umowy.
11. wykonywanie innych zadań zleconych przez Zarząd Spółki.

§ 140.

DZIAŁ EKSPLOATACYJNO – TECHNICZNY

Do zadań Działu Eksploatacyjno – Technicznego należą:

1. nadzór nad zapewnieniem prawidłowej eksploatacji infrastruktury technicznej w ruchu ciągłym;
2. nadzór nad realizacją napraw urządzeń infrastruktury technicznej;
3. nadzór nad obsługą Centrum Monitoringu Technicznego;
4. monitoring, optymalizacja kosztów mediów: energia elektryczna, energia cieplna, woda, chłód technologiczny, para technologiczna;
5. nadzór nad realizacją prac konserwatorskich i remontowych;
6. nadzór nad urządzeniami podlegającymi UDT;
7. przygotowywanie analiz i prognoz do rocznych planów: remontowego, inwestycyjnego, finansowego;
8. przedstawienie, wnioskowanie i modyfikowanie Planu remontu z odpowiednim wyprzedzeniem tj. przed podjęciem decyzji o zamówieniu,
9. przygotowywanie i obsługa inwestycji;
10. zarządzanie nieruchomościami.

W zakresie transportu i ochrony środowiska należą:

1. zabezpieczenie transportu osobowego, dostawczego i specjalistycznego na rzecz komórek organizacyjnych Szpitala;
2. prowadzenie gospodarki odpadami zgodnie z wymogami prawnymi;
3. sprawowanie nadzoru, nad jakością wody i gospodarką wodno-ściekową;
4. utrzymanie terenów zewnętrznych;
5. nadzór nad ochroną mienia;
6. nadzór nad realizacją procesu dekontaminacji;
7. przygotowywanie analiz i prognoz do rocznych planów: remontowego, inwestycyjnego, rzeczowo-finansowego;

W zakresie aparatury i sprzętu medycznego należą:

1. zapewnienie prawidłowej eksploatacji aparatury i sprzętu medycznego;
2. realizacja napraw aparatury i sprzętu medycznego;
3. nadzór nad obsługą systemu gazów medycznych;
4. zarządzanie i eksploatacja systemem telekomunikacyjnym szpitala;
5. przygotowywanie analiz i prognoz do rocznych planów: remontowego, inwestycyjnego, rzeczowo-finansowego;
6. prowadzenie aktualnego stanu sprzętu w Portalu NFZ, zgodnie z zawartymi umowami z NFZ

Za zarządzanie, organizację pracy KO oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Kierownik Działu Eksploatacyjno – Technicznego.

Dział Eksploatacyjno-Techniczny wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 141.

DZIAŁ INFORMATYKI

Do głównych zadań Działu Informatyki należą:

1. Do głównych zadań Działu Informatyki należą:

- a) utrzymanie ciągłości działania i wsparcie techniczne dla użytkowników końcowych w zakresie stacji roboczych (terminale, komputery) i oprogramowania (systemy operacyjne, aplikacje, systemy dziedzinowe, portale urzędowe),
- b) udział w realizacji zadań związanych z informatyzacją Szpitala, w tym wdrażaniem systemów informatycznych,
- c) dokonywanie analiz w zakresie ryzyka i rozwoju systemów informatycznych,
- d) analizowanie ofert sprzętu i oprogramowania pod kątem przydatności i możliwości zastosowania w Szpitalu,
- e) konfiguracja i utrzymanie ciągłości działania informatycznej sieci szpitalnej – serwis usterek infrastruktury, monitoring, analiza i testy sieci,
- f) administracja i wprowadzanie treści na stronie internetowej oraz Biuletynie Informacji Publicznej,
- g) udział w spotkaniach i naradach w sprawach dotyczących działu oraz współudział w podejmowaniu decyzji istotnych dla struktury informatycznej Szpitala,
- h) przygotowanie planu finansowego oraz terminowe wprowadzanie zmian z odpowiednim wyprzedzeniem tj. przed podjęciem decyzji o zamówieniu,
- i) współpraca z poszczególnymi działami/komórkami szpitala w zakresie koniecznym dla prawidłowej działalności Szpitala,
- j) analiza zapotrzebowania i tworzenie koncepcji projektów informatycznych,
- k) testy aplikacji,
- l) prowadzenie ewidencji sprzętu komputerowego i oprogramowania w specjalistycznej aplikacji,
- m) prowadzenie okresowych przeglądów i konserwacji sprzętu komputerowego,
- n) kasacja sprzętu komputerowego,
- o) administracja i konfiguracja aplikacjami oraz systemami dziedzinowymi,
- p) nadawanie uprawnień użytkownikom do aplikacji i systemów dziedzinowych, oraz uprawnień korzystania z nośników zewnętrznych (pendrive),
- q) analityka systemowa – analiza umów informatycznych,
- r) administracja, wykonywanie i odtwarzanie kopii zapasowych,
- s) zarządzanie i aktualizacja systemu do kopii zapasowych,
- t) zarządzanie i aktualizacja systemem wysokiej dostępności (HA),
- u) zarządzanie i utrzymanie ciągłości działania infrastruktury serwerowej (sprzęt, systemy operacyjne, wirtualizacja maszyn) w zakresie systemów dziedzinowych będących pod nadzorem działu,
- v) zarządzanie i utrzymanie ciągłością pracy systemów dziedzinowych i związanych z nimi bazami danych, będących pod nadzorem działu,
- w) tworzenie rozwiązań autorskich – aplikacje, skrypty - na potrzeby szpitala,
- x) wdrażanie opensource'owych rozwiązań na potrzeby szpitala,
- y) udział w audytach wewnętrznych,
- z) udział w Zespół ds. Forum Bezpieczeństwa i Kontroli Zarządczej,
- aa) udział w stałym dyżurze w porozumieniu ze Specjalistą ds. Obronności i Zarządzania Kryzysowego/ Pełnomocnik ds. Ochrony Informacji Niejawnych,
- bb) stosowanie się do wymagań przepisów prawa dotyczących ochrony danych osobowych i wymagań Norm PN-ISO/IEC 27001 i PN-ISO/IEC 27002 przekazywanych Inspektora ds. Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji,
- cc) ścisła współpraca z Inspektorem Ochrony Danych w zakresie ochrony danych osobowych i Inspektorem ds. Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji w zakresie Norm PN-ISO/IEC 27001 i PN-ISO/IEC 27002.

Za zarządzanie, organizację pracy KO oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Kierownik Działu Informatyki.

Dział Informatyki wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§141a

INSPEKTOR DS. SYSTEMU ZARZĄDZANIA BEZPIECZEŃSTWEM INFORMACJI

Do zadań INSPEKTORA DS. SZBI należy:

1. sprawowanie nadzoru merytorycznego nad opracowywaniem, wdrażaniem i funkcjonowaniem SZBI wynikającego z normy PN:EN ISO 27001:2023,
2. przygotowanie i aktualizowanie dokumentacji bazowej SZBI zgodnie z normą PN:EN ISO 27001:2017,
3. wykonywanie przeglądu i monitorowanie incydentów i naruszeń bezpieczeństwa informacji oraz monitorowanie i wykrywanie nieautoryzowanych działań związanych z przetwarzaniem informacji,
4. zatwierdzanie ważniejszych przedsięwzięć zmierzających do podniesienia poziomu bezpieczeństwa informacji,
5. identyfikacja i nadzorowanie merytoryczne aktywów informacyjnych,
6. zapewnienie zgodności SZBI z wymaganiami prawnymi i innymi,
7. koordynowanie pracy właścicieli ryzyk - grup informacji, lokalnych administratorów bezpieczeństwa informacji (LABI), właścicieli procesów ciągłości działania w obszarach informatycznym, fizycznym i osobowym,
8. wnioskowanie o powołanie i odwołanie pracownika do pełnienia funkcji audytora wewnętrznego SZBI,
9. opracowywanie planu audytu wewnętrznego SZBI,
10. zatwierdzanie raportu z audytu,
11. współpraca pod kątem zgodności w Zintegrowanym Systemem Zarządzania z Pełnomocnikiem ds. ZSZ,
12. nadzór nad skutecznością funkcjonowania systemu w oparciu o normę PN:EN ISO 27001:2017 oraz jego doskonalenie,
13. przedstawianie Zarządowi, Dyrektorowi ds. Technicznych, Pełnomocnikowi ds. ZSZ sprawozdań dotyczących funkcjonowania systemu bezpieczeństwa informacji w ramach corocznego Przeglądu ZSZ.

INSPEKTOR DS. SZBI podlega bezpośrednio Dyrektorowi ds. Technicznych.

INSPEKTOR DS. SZBI wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

SAMODZIELNE KOMÓRKI ORGANIZACYJNE

§ 142.

1. Pozostali w strukturze organizacyjnej kierownicy KO, pracownicy samodzielnych stanowisk podlegają służbowo bezpośrednio Zarządowi podmiotu leczniczego.
2. W przypadku nieobecności pracownika na samodzielnym stanowisku, zastępuje go osoba przez niego wskazana.
3. Pracownicy samodzielnych stanowisk wykonują zadania w sposób zapewniający sprawną, prawidłową i terminową realizacją powierzonych im zadań w oparciu o:
 - a) powszechnie obowiązujące przepisy prawa,
 - b) procesy wewnętrzne,
 - c) procedury wewnętrzne,
 - d) standardy wewnętrzne,
 - e) instrukcje wewnętrzne.
4. Szczegółową organizację i tryb pracy poszczególnych komórek organizacyjnych określa dokumentacja Zintegrowanego Systemu Zarządzania oraz odpowiednio Regulamin Działu lub samodzielnego stanowiska.

§ 143.

Do zadań **DZIAŁU REJESTRU USŁUG MEDYCZNYCH I ROZLICZEŃ** należy m.in.:

1. Przygotowanie i przesłanie danych w formie elektronicznej do NFZ - zgodnie z zawartymi umowami.
2. Weryfikacja i kontrola wykonanych świadczeń, sprawozdanych do NFZ,

3. Monitorowanie ogłoszeń w sprawie konkursu na świadczenia zdrowotne,
4. Monitorowanie wykonania zakontraktowanych umów z NFZ.
5. Kontrola wszelkich aneksów rozliczeniowych i innych dokumentów potwierdzających realizację usług medycznych w trakcie roku rozliczeniowego pod względem merytorycznym jak również pod względem zgodności w zakresie limitów i wykonania.
6. Analiza i kontrola pod względem rachunkowym podpisanych umów, aneksów rozliczeniowych i innych dokumentów potwierdzających realizację usług medycznych w trakcie roku rozrachunkowego.
7. Uzgadnianie raportów statystycznych z NFZ, wystawianie faktur do NFZ.
8. Przyjmowanie i terminowa rejestracja wybranych dokumentów dotyczących rozliczenia z NFZ.
9. Przekazywanie danych z wykonania usług medycznych do poszczególnych komórek organizacyjnych szpitala.
10. Pobieranie materiałów informacyjnych ze stron internetowych Narodowego Funduszu Zdrowia oraz przekazywanie powyższych informacji do poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala.
11. Sporządzanie raportów statystycznych z wykonania usług medycznych w cyklu miesięcznym.
12. Obsługa i bieżące wprowadzanie zmian do programu „Portal Świadczeniodawcy” dotyczących sprzętu, personelu, podwykonawców we współpracy z Działem Kadr i Działem Finansowo-Księgowym.
13. Obsługa Portalu Świadczeniodawcy (Portal Potencjału).
14. Analiza warunków postępowań ogłaszanych przez NFZ w różnych zakresach i rodzajach usług medycznych.
15. Przygotowanie ofert w poszczególnych rodzajach świadczeń zdrowotnych uwzględniające wymogi NFZ.
16. Przygotowanie dokumentacji w zakresie przystąpienia szpitala do konkursów, składania ofert zgodnie z przepisami i prowadzenie konkursu ofert na zakup usług medycznych.
17. Weryfikacja Ofert pod względem zgodności.
18. Dostarczenie Ofert w wersji papierowej i na dysku CD zgodnie z obowiązującymi zapisami do POW NFZ w Gdańsku.
19. Kontrola dokumentów pod względem formalnym i merytorycznym zgodnie z obowiązującą umową z NFZ.
20. Sporządzanie sprawozdań dla Zarządu i kierowników KO z realizacji zakontraktowanych umów z NFZ
21. Monitorowanie zagrożeń pod kątem oceny realizacji umowy z NFZ (dot. KO),
22. Przedstawienie, wnioskowanie i modyfikowanie Planu finansowego z odpowiednim wyprzedzeniem tj. przed podjęciem decyzji o zamówieniu.

Statystyka i Dokumentacja Medyczna:

1. Kontrola ruchu chorych w szpitalu w systemie informatycznym.
2. Sporządzanie raportów miesięcznych z ruchu chorych i przekazywanie danych statystycznych do poszczególnych oddziałów oraz wybranych komórek organizacyjnych.
3. Monitorowanie liczby udzielonych porad w poradniach specjalistycznych do miesięcznych sprawozdań na potrzeby wewnętrzne szpitala oraz do sprawozdawczości zewnętrznej.
4. Przekazywanie miesięcznych sprawozdań z działalności Szpitala oraz poradni specjalistycznych do Działu Analiz i Kosztów.
5. Monitorowanie zgłaszania wolnych łóżek przez oddziały szpitalne do koordynatora ratownictwa medycznego w systemie informatycznym „Info-Med”.
6. Nadzór i kontrola nad zdawanymi historiami chorób z oddziałów szpitalnych w celu archiwizacji.
7. Archiwizowanie i udostępnianie dokumentacji medycznej z oddziałów szpitalnych, poradni specjalistycznych oraz zbiorczej wewnętrznej dokumentacji medycznej oddziałów i pracowni szpitalnych.
8. Wykonywanie kopii dokumentacji medycznej i przekazywanie do wystawienia faktur w Dziale Finansowo-Księgowym.
9. Prowadzenie korespondencji w sprawie udostępnianej dokumentacji medycznej.

10. Kontrola Ksiąg oczekujących w wewnętrznym systemie elektronicznym „Eskulap” i ogólnokrajowym „SZOI” oraz „KOL-CE”.
11. Przyjmowanie z oddziałów i poradni Kart Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego i wysyłanie do Wojewódzkiego Rejestru Nowotworów formularzy MZ - N1a.
12. Monitorowanie list oczekujących pacjentów oczekujących na udzielenie porad w poradniach specjalistycznych.
13. Przesyłanie rocznych sprawozdań z działalności szpitala i poradni do GUS, MZ i CSIOZ drogą elektroniczną.

Za zarządzanie, organizację pracy KO oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Kierownik Działu Rejestru Usług Medycznych i Rozliczeń. Dział wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 144.

DZIAŁ ZAKUPÓW I ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH

I. W zakresie spraw związanych z Zamówieniami Publicznymi:

- 1.1 Przygotowanie i przeprowadzenie postępowania przetargowego na dostawy, usługi oraz roboty budowlane w oparciu o ustawę Prawo Zamówień Publicznych oraz obowiązujący w Szpitalu Regulamin Udzielania Zamówień Publicznych, w szczególności poprzez:
 - a) przygotowanie specyfikacji istotnych warunków zamówienia (SWZ),
 - b) publikację ogłoszeń o wszczęciu postępowania,
 - c) proponowanie składu komisji przetargowych
 - d) przyjmowanie zapytań, próśb o wyjaśnienie treści SWZ oraz udzielanie wyjaśnień treści SWZ, dokonywanie modyfikacji treści SWZ,
 - e) prowadzenie dokumentacji postępowania, w tym protokołu postępowania,
 - f) ocenę ofert,
 - g) wzywanie wykonawców, którzy w określonym terminie nie złożyli oświadczeń i dokumentów potwierdzających spełnianie warunków udziału w postępowaniu lub pełnomocnictw lub którzy złożyli dokumenty zawierające błędy lub wadliwe pełnomocnictwa do ich uzupełnienia w wyznaczonym terminie, chyba, że mimo ich uzupełnienia konieczne byłoby unieważnienie postępowania,
 - h) poprawianie w tekście oferty oczywistych omyłek pisarskich, omyłek rachunkowych oraz innych omyłek niepowodujących zmian w treści oferty,
 - i) przygotowywanie przez komisję propozycji wyboru, unieważnienia postępowania, wykluczenia wykonawcy lub odrzucenia oferty,
 - j) przekazanie informacji o wyborze oferty najkorzystniejszej, wykluczeniu wykonawców, odrzuceniu ofert oraz ewentualnie o unieważnienia postępowania,
 - k) przyjmowanie składanych informacji o czynności niezgodnej z przepisami ustawy, składanych odwołań, przygotowanie propozycji rozstrzygnięcia oraz rozstrzyganie wniesionych odwołań i informacji o czynności niezgodnej z przepisami ustawy,
 - l) ustalenie z wykonawcą, – którego ofertę wybrano – terminu i miejsca podpisania umowy w sprawie zamówienia publicznego,
 - m) informowanie Zarządu Spółki o funkcjonowaniu w Szpitalu systemu zamówień publicznych,
 - n) przygotowanie Planu Zamówień Publicznych, zgodnie z zapotrzebowaniami rocznymi KO,
 - o) sporządzanie rocznego sprawozdania z udzielonych zamówień i przekazanie Prezesowi Urzędu w terminie do dnia 1 marca każdego roku następującego po roku, którego dotyczy sprawozdanie,
 - p) archiwizowanie dokumentacji oraz wszelkiej korespondencji dotyczącej realizowanych przetargów,
 - q) przygotowanie, wnioskowanie i wprowadzanie terminowych zmian do Planu zakupów i Planu Inwestycyjnego z odpowiednim wyprzedzeniem tj. przed podjęciem decyzji o zamówieniu,
 - r) nadzór nad umowami zawartymi w ramach zamówienia publicznego,
 - s) nadzór nad umowami zawartymi w ramach postępowań przetargowych finansowanych ze środków pomocowych Unii Europejskiej i Europejskiego Obszaru Gospodarczego.

- 1.2 Przygotowanie i przeprowadzenie postępowań, których wartość nie przekracza kwot określonych w ustawie w oparciu o obowiązujący w Szpitalu Regulamin Udzielania Zamówień Publicznych.

I. W zakresie spraw związanych z Zaopatrzeniem i Magazynem (nie dotyczy Apteki Szpitalnej)

I.1 Zamawianie towaru:

- a) wprowadzanie umów do systemu informatycznego i generowanie zamówień do dostawców;
- b) zamawianie towaru w oparciu o dokumenty potwierdzające zakup, wprowadzenie zamówienia do systemu informatycznego, zamówienie towaru od dostawcy, archiwizowanie zamówień wraz z kopią dokumentacji potwierdzającej zakup;
- c) sprawdzenie ilości i zgodności zamawianego towaru z zamówieniem i umową;
- d) sprawdzanie faktur pod względem zgodności ceny, ilości zamawianego towaru, terminu płatności z umową i zamówieniem oraz zgodności z dokumentem przychodu PZ i ich opisywanie, przekazanie kompletu dokumentów do Działu Finansowo – Księgowego;
- e) składanie reklamacji w przypadku otrzymania towarów niezgodnych ilościowo i jakościowo ze złożonym zamówieniami;
- f) zamawianie towaru mając na uwadze stany magazynowe i ilości towaru w umowach oraz zgodnie z faktycznymi potrzebami.

I.2 Wydawanie towaru:

- a) wypisywanie dokumentu rozchodu wewnętrznego RW w systemie informatycznym na podstawie zgłoszeń z KO Szpitala;
- b) właściwe składowanie zakupionych i magazynowanych materiałów i zabezpieczenie ich przed kradzieżą i zniszczeniem;
- c) monitorowanie ilości wydawanego towaru;
- d) wydawanie towaru z uwzględnieniem aktualnych stanów magazynowych i ilości towaru w umowach;
- e) monitorowanie ilości towaru w umowach i magazynach;
- f) terminowe rozliczanie zaliczki z Działem Finansowo – Księgowym;
- g) ścisła współpraca z pracownikami magazynu i obustronna weryfikacja dokumentacji międzymagazynowej,
- h) prowadzenie ewidencji ilościowo – wartościowej odzieży ochronnej, roboczej.

Za zarządzanie, organizację pracy KO oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Kierownik Dział Zakupów i Zamówień Publicznych.

Dział wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 145.

DZIAŁ ROZWOJU, PROMOCJI I MARKETINGU

I. W obszarze rozwoju i promocji Dział Rozwoju, Promocji i Marketingu:

1. Opracowuje dokumentację i materiały do wniosku aplikacyjnego,
2. Przygotowuje wnioski aplikacyjne wraz z załącznikami i składa go do odpowiedniej instytucji w wymaganym trybie i terminie,
3. Przygotowuje uzupełnienia do wniosków aplikacyjnych wraz z załącznikami i składa je do odpowiednich instytucji w wymaganym trybie i terminie,
4. Przygotowuje niezbędne dokumenty w celu podpisania umów o dofinansowanie,
5. Przygotowuje i przedkłada do podpisu w obowiązującym terminie sprawozdania miesięczne, kwartalne, roczne oraz końcowe w trakcie trwania całego projektu, oraz wszelkie niezbędne załączniki,
6. Wnioskowanie i wprowadzanie terminowych zmian do Planu Finansowego z odpowiednim wyprzedzeniem tj. przed podjęciem decyzji o zamówieniu,
7. Przygotowuje wnioski o płatność zaliczkową, częściową i końcową wraz z niezbędnymi załącznikami, dokumentami i opracowaniami na czas trwania całego projektu,
8. Prowadzi przebieg monitoringu wskaźników osiągnięć projektów w trakcie ich trwania,
9. Prowadzi wszelką korespondencję dotyczącą projektów z odpowiednimi instytucjami,

10. Koordynuje działania między komórkami organizacyjnymi Szpitala zaangażowanymi w realizację projektów w sposób umożliwiający sprawną i terminową realizację zadania,
 11. Sprawuje ciągły nadzór nad zgodnością podmiotową i przedmiotową realizowanych projektów z wnioskiem aplikacyjnym oraz umową o dofinansowanie; w przypadku wystąpienia niezgodności, koordynuje działania naprawcze, jeśli to konieczne w porozumieniu z odpowiednimi instytucjami,
 12. W przypadku zaistnienia zmian wprowadzanych do projektów, informuje odpowiednie instytucje o wszelkich zmianach; przygotowuje wszelką dokumentację niezbędną do podpisania aneksu z odpowiednimi instytucjami,
 13. Koordynuje działania komórek organizacyjnych Szpitala w celu terminowego i sprawnego wypełniania zapisów umowy o dofinansowanie,
 14. Realizuje działania mające na celu właściwą promocję projektu zgodną z rozporządzeniem Komisji Europejskiej oraz wytycznymi dla poszczególnych programów,
 15. Archiwizuje dokumentację oraz wszelką korespondencję dotyczącą realizowanych projektów,
 16. Opiniuje i ewentualnie weryfikuje wszelkie dokumenty wytworzone na potrzeby realizacji projektów pod kątem ich zgodności z wymogami Unii Europejskiej oraz programami operacyjnymi i wytycznymi (w szczególności dokumentacji, projektów umów z wykonawcami, protokołów odbioru, faktur, itp.); w razie potrzeby przekazuje w/w dokumenty do poprawy wydziałowi, który dokument wytworzył bądź nadzorował,
 17. Dokonuje wszelkich zmian i modyfikacji dokumentów na wniosek uprawnionych instytucji dotyczących realizowanych projektów,
 18. Przeprowadza kontrole wewnętrzne,
 19. Uczestniczy w kontrolach zewnętrznych projektu od początku do podpisania protokołu z kontroli,
 20. Monitoruje wykorzystanie aparatury medycznej,
 21. Pozyskuje środki w ramach krajowych programów pomocowych (np. POLKARD, PFRON) oraz innych programów,
 22. Pozyskuje środki w ramach programów profilaktycznych realizowanych przez gminę, powiat, miasto Słupsk,
 23. Monitoruje Program Profilaktyczny Wczesnego Wykrywania Raka Piersi oraz program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy oraz innych programów,
 24. Prowadzi administracyjną obsługę realizowanych przez Szpital programów profilaktycznych wymienionych w pkt 22 w zakresie wysyłki listów z imiennymi zaproszeniami do wzięcia udziału w programie,
 25. Poszukuje i pozyskuje nowe źródła dofinansowania dla planowanych projektów, w tym w ramach dostępnych środków unijnych, europejskich, krajowych,
 26. Bierze udział w projektach realizowanych przez Urząd Marszałkowski w Gdańsku,
 27. Koordynowanie pracami związanymi z umowami z zakresu badań klinicznych.
 28. Współpraca z Działem Finansowo-Księgowym w zakresie rozliczania należności dot. badań klinicznych.
 29. Sporządzanie umów komercyjnych na usługi w zakresie świadczeń medycznych.
- II. W obszarze marketingu Dział Rozwoju, Promocji i Marketingu:**
1. Opracowuje materiały i aktualizuje bieżące informacje dotyczące działalności szpitala, mające na celu promocję usług szpitala na zewnątrz,
 2. Promuje wizerunek instytucji poprzez tworzenie koncepcji i administrowanie strony www oraz aktywność w social mediach,
 3. Podejmuje działania promocyjne Szpitala z użyciem dostępnych technik marketingowych (strona internetowa, wystawy, akcje zdrowotne, foldery, ulotki informacyjne, współredagowanie artykułów do prasy, rankingi/ankiety itp.),
 4. Jest odpowiedzialny za opracowanie i wdrażanie działań budujących pozytywny wizerunek szpitala oraz kulturę organizacyjną,
 5. Inicjuje i współtworzy strategię rozwoju Szpitala,

6. Prowadzi działania marketingowe (marketing wewnętrzny i zewnętrzny) oraz z zakresu public relations (przygotowanie materiałów dla prasy, konferencji prasowych),
7. Projektuje, przygotowuje i zamawia spójne materiały promocyjne, medialne kampanie informacyjne w prasie, Internecie, radiu i telewizji, na nośnikach outdoor, a także na platformach mobilnych,
8. Wprowadzanie treści na stronie internetowej i Biuletynu Informacji Publicznej szpitala we współpracy z Działem, Jakości,
9. Tworzenie i aktualizację Cennika we współpracy z Działem Finansowo – Księgowy i Działem Analiz,
10. Podejmuje działania administracyjne w zakresie przygotowania konferencji organizowanych przez Szpital,
11. Współpracuje z Działem Rejestru Usług Medycznych i Rozliczeń w zakresie przygotowania materiałów ofertowych,
12. Przygotowuje ankiety i prowadzi badania satysfakcji kontrahenta,
13. Prowadzenie działań marketingowych we współpracy z Działem Kadr i Płac oraz Specjalistą HR celem pozyskiwania kadry medycznej, technicznej i administracyjnej na potrzeby Szpitala,
14. Kontakt telefoniczny z zaakceptowaną grupą kandydatów w celu rozpoznania rynku,
15. Przygotowanie prezentacji, analiz i raportów dot. kanałów pozyskiwania kadry medycznej.

W Dziale Rozwoju, Promocji i Marketingu rolę Rzecznika Szpitala pełni Kierownik działu lub osoba wyznaczona przez Zarząd Szpitala spośród pracowników KO.

Za zarządzanie, organizację pracy KO oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Kierownik Działu Rozwoju, Promocji i Marketingu. Dział wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 146.

Do głównych zadań **DZIAŁU KADR I PŁAC** należy:

1. W zakresie spraw osobowych, zatrudniania i zwalniania oraz współpracy z innymi podmiotami:
 - a) realizacja polityki kadrowej Szpitala,
 - b) planowanie potrzeb kadrowych Szpitala,
 - c) przygotowanie dokumentów związanych z zawieraniem i rozwiązywaniem umów o pracę oraz umów cywilnoprawnych, z wynagrodzeniem oraz zmianą warunków pracy i płacy,
 - d) prowadzenie dokumentacji osobowej,
 - e) prowadzenie i aktualizacja ewidencji osób zatrudnionych w Spółce,
 - f) czuwanie nad prawidłową realizacją przepisów kodeksu pracy oraz innych przepisów określających prawa i obowiązki pracowników,
 - g) stały nadzór nad przestrzeganiem dyscypliny pracy,
 - h) ścisła współpraca ze związkami zawodowymi w zakresie spraw pracowniczych,
 - i) pomoc w kompletowaniu dokumentów i składaniu wniosków w sprawach rent i emerytur,
 - j) sporządzenie obowiązujących sprawozdań kadrowych,
 - k) uczestniczenie w przygotowaniu oferty konkursowej do NFZ na świadczenia zdrowotne,
 - l) prowadzenie postępowań konkursowych na stanowiska kierownicze,
 - m) prowadzenie aktualnego stanu osobowego w Portalu NFZ, zgodnie z zawartymi umowami z NFZ
 - n) planowanie, kontrola i ewidencja czasu pracy,
 - o) kompletowanie i przechowywanie planów urlopów dla pracowników zakładu,
 - p) prowadzenie ewidencji nieobecności w pracy (urlopów, zwolnień lekarskich i innych),
 - q) rozliczanie czasu pracy osób zatrudnionych w podmiocie leczniczym,
 - r) przygotowanie rocznego "zbiorczego" planu szkoleń zewnętrznych i analizy z realizacji szkoleń zewnętrznych za dany rok,
 - s) koordynowanie realizacji procesu szkoleń zewnętrznych,
 - t) wybór i ocenę dostawców usług szkoleniowych,
 - u) nadzorowanie uprawnień pracowników do wykonywania określonych specjalistycznych

czynności,

- v) prowadzenie rejestru pełnomocnictw, upoważnień i uprawnień,
 - w) kompletowanie wniosków pracowników przechodzących na emeryturę, rentę z tytułu niezdolności do pracy lub świadczeń rehabilitacyjnych,
 - x) współpraca z Urzędem Pracy w zakresie stażu dla bezrobotnych, przygotowania zawodowego itp.,
 - y) współpraca z Urzędem Marszałkowskim, Ministerstwem Zdrowia w zakresie zatrudnienia lekarzy stażystów, lekarzy w ramach umowy rezydenckiej,
 - z) przygotowanie, wnioskowanie, modyfikowanie i terminowe wprowadzenie zmian do Planu finansowego z odpowiednim wyprzedzeniem tj. przed podjęciem decyzji o zamówieniu,
 - aa) sporządzanie analiz dotyczących kosztów wynagrodzeń,
 - bb) prowadzenie naboru kandydatów na wolne stanowiska pracy dot. komórek organizacyjnych i samodzielnych specjalistów, podległych bezpośrednio Zarządowi,
 - cc) przygotowanie zestawień i analiz dotyczących zatrudnienia oraz kosztów wynikających z umowy zlecenia, umowy o pracę oraz umowy cywilno – prawnej.
 - dd) sporządzanie sprawozdań statystycznych w zakresie zatrudniania,
 - ee) przeprowadzenie Oceny Okresowej Pracownika i opracowanie wniosków z jej analizy.
2. W zakresie działalności socjalnej:
- a) prowadzenie spraw związanych z wykorzystaniem ZFŚS,
 - b) załatwianie spraw związanych z udzielaniem pomocy rzeczowej i pieniężnej dla pracowników znajdujących się okresowo w trudnej sytuacji materialnej,
 - c) organizowanie działalności kulturalno-oświatowej,
 - d) organizowanie wypoczynku dla pracowników i ich dzieci,
 - e) czynna współpraca z Zakładową Komisją Socjalną.
3. W zakresie archiwizacji dokumentacji:
- a) Archiwizacja dokumentacji płacowej pracowników Szpitala, kadrowej pracowników Szpitala, księgowej Szpitala, administracyjno-technicznej Szpitala,
 - b) coroczna inwentaryzacja dokumentacji archiwalnej w uzgodnieniu z Archiwum Państwowym i wykonanie procedury utylizacji dokumentacji. Prowadzenie ewidencji archiwizowanej dokumentacji – zgodnie z art. 21 ust. 2 oraz art. 48 pkt 4 Ustawy z dn. 14.07.1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach
4. W zakresie rozliczania wynagrodzeń:
- a) sporządzanie list płac pracowników w uzgodnieniu z Działem Kadr,
 - b) prowadzenie dokumentacji rozliczeniowej ZUS,
 - c) naliczanie i odprowadzanie podatku dochodowego do Urzędu Skarbowego oraz prowadzenie stosownej dokumentacji,
 - d) wystawianie i wydawanie zaświadczeń o wynagrodzeniu na wniosek pracownika,
 - e) prowadzenie grupowego ubezpieczenia pracowniczego na życie,
 - f) sporządzanie rocznych rozliczeń podatkowych dla pracowników,
 - g) rozliczenie umów dotyczących realizacji specjalizacji w trybie rezydentury oraz staży podyplomowych,
 - h) sporządzanie zestawień, wykazów wynagrodzeń niezbędnych do analizy finansowej,
 - i) rozliczanie wynagrodzeń personelu zatrudnionego na podstawie kontraktów,
 - j) prowadzenie analiz finansowych dotyczących wynagrodzeń z tytułu: umowy zlecenia, umowy o pracę i umowy cywilno – prawnej.

Za zarządzanie, organizację pracy KO oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Kierownik Działu Kadr i Płac.

Dział wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 147.

SPECJALISTA HR (Human Resources)

Głównym zadaniem Specjalisty HR jest dbanie o wysoką jakość zasobów ludzkich Szpitala poprzez kierowanie karierą pracowników oraz zarządzanie zasobami ludzkimi.

W szczególności:

1. opracowywanie programu zarządzania zasobami ludzkimi, planu zatrudnienia na dany rok oraz aktualizacja uchwał, procedur i instrukcji w tym zakresie,
2. prowadzenie rekrutacji,
3. tworzenie aktywnego rejestru kandydatów w zależności od aktualnego zapotrzebowania,
4. prowadzenie rozmowy kwalifikacyjnej,
5. redagowanie umów o pracę,
6. motywowanie cennych pracowników,
7. pomoc w przygotowaniu oceny pracowniczej,
8. monitorowanie i analiza wyników ocen okresowych kadry kierowniczej Szpitala,
9. stosowanie technik oddziaływania, które wzmocnią poczucie zadowolenia pracowników i pozytywnie wpłyną na jakość wykonywanych przez nich obowiązków,
10. wykorzystywanie zdolności negocjacyjnych w dbaniu o dobrą komunikację i przepływ informacji między współpracownikami oraz między nimi, a Zarządem,
11. odnalezienie problemów, które spowalniają pracę Szpitala, określenie ich, analiza oraz poszukiwanie rozwiązań,
12. pełnienie roli pośrednika i negocjatora pomiędzy pracodawcą, a pracownikami(w sytuacjach konfliktowych),
13. prowadzenie spraw związanych z odpowiedzialnością służbową i dyscyplinarną pracowników
14. informowanie o ostrzeżeniach dla pracowników oraz zwalnianie pracowników nieefektywnych,
15. przygotowywanie raportów, analiz i sprawozdań z obszaru zarządzania zasobami ludzkimi,
16. przygotowanie szkoleń pracowniczych,
17. dysponowanie aktualną wiedzą z zakresu prawa pracy i obsługi oprogramowania kadrowo-płacowego.

§ 148.

1. Do zadań **DZIAŁU JAKOŚCI** należy inicjowanie, koordynowanie, kontrolowanie i wspieranie przedsięwzięć związanych z podnoszeniem, jakości świadczonych usług medycznych oraz inicjowanie i współtworzenie strategii rozwoju Szpitala, połączone z odpowiedzialnością za wybrane aspekty zarządzania zmianą.

2. **Zadania z zakresu utrzymania i doskonalenia zintegrowanego systemu zarządzania:**

2.1 Wprowadzanie i zarządzanie zintegrowanym system w Szpitalu:

- a) opracowanie dokumentacji systemowej: Księgi Zintegrowanego Systemu Zarządzania, Polityki ZSZ, Procedur i zapisów niezbędnych do zapewnienia skutecznego planowania, przebiegu i monitorowania zapisów z obszaru medycznego, diagnostycznego, technicznego, informatycznego,
- b) nadzór nad dokumentacją operacyjną ZSZ i jej weryfikacja pod względem merytorycznym, zgodności z prawem i zgodności z Regulaminem Organizacyjnym Szpitala,

2.2 Monitorowanie zintegrowanych systemów w szpitalu:

- a) określenie wskaźników jakości, ryzyk i szans we współpracy z koordynatorami monitorowanych procesów.
- b) monitorowanie wskaźników, jakości i opracowywanie analiz wraz z wnioskami w oparciu o wskaźniki jakościowe.
- c) planowanie i realizacja auditów wewnętrznych.

- d) monitorowanie niezgodności, zdarzeń niepożądanych oraz koordynowanie działań naprawczych.
- e) analiza wyników monitorowania i przedstawianie wniosków Zarządowi i kadrze kierowniczej.
- f) przygotowywanie projektów poprawy jakości działalności Szpitala w oparciu o wymagania norm ISO oraz standardy akredytacyjne CMJ.
- g) aktualizacja dokumentacji ZSZ w Intranecie Szpitalnym.
- h) prowadzenie corocznego badania satysfakcji pacjenta dot. jakości świadczonych usług medycznych (ankiety satysfakcji pacjenta w obszarze stacjonarnym, diagnostycznym, ambulatoryjnym), pracownika oraz opracowywanie analizy i wniosków do doskonalenia w oparciu o wyniki ankiet.
- i) Współpraca z zespołami/osobami nadzorującymi umowy dotyczące realizacji usług zleconych na zewnątrz.

3. Nadzorowanie systemu komunikacji z Zarządem, kadrą kierowniczą i pozostałym personelem w procesie doskonalenia Zintegrowanego Systemu Zarządzania:

- a) inicjowanie, koordynowanie, kontrolowanie i wspieranie przedsięwzięć związanych z podnoszeniem jakości świadczonych usług medycznych.
- b) wnioskowanie i wdrażanie rozwiązań organizacyjnych i merytorycznych, dotyczących doskonalenia jakości usług medycznych w KO Szpitala.
- c) współpraca z Zespołami zadaniowymi:
 - ✓ sporządzanie protokołów z zebrań,
 - ✓ dystrybucja zaleceń ustalonych w oparciu o wyniki monitorowania procesów realizowanych w Szpitalu,
 - ✓ opracowywanie analiz statystycznych dotyczących m. in. rehospitalizacji, reoperacji, odmów, konsultacji, przyczyn niewykonania zabiegów.
- d) przygotowanie i prowadzenie spotkań szkoleniowych z kadrą kierowniczą.
- e) współpraca z Działem Informatyki w tworzeniu programów informatycznych do raportowania danych statystycznych w obszarze kryteriów, jakości usługi.
- g) wdrożenie modelu zarządzania ryzykiem opartego o systemy jakościowe oraz koordynowanie działaniami w tym obszarze.

3.1 Nadzorowanie systemu, jakości w szpitalu w oparciu o:

- a) Rankingi ogólnopolskie (benchmarking) - opracowywanie danych,
- b) Programy np. NPOA, Szpital bez Bólu, Bezpieczna Chirurgia – OKK, Szpital Przyjazny Kombatantom, Szpital Przyjazny Dziecku - opracowywanie danych.

3.2 Przygotowanie szpitala do zewnętrznej oceny poziomu spełnienia wymagań ZSZ w oparciu o Standardy Akredytacyjne, Międzynarodowe Normy Jakości ISO i inne.

- a) reprezentowanie Szpitala w audytach zewnętrznych prowadzonych przez firmy certyfikujące i jednostki kontrolujące (firmy ubezpieczeniowe),
- b) sporządzenie wniosków z zaleceń pokontrolnych z audytów zewnętrznych.

4. Zadania w obszarze nadzoru nad przekazem informacji dla osób przychodzących do szpitala.

Punkt Informacyjny znajduje się na parterze w głównym holu budynku przychodni obok rejestracji.

W Punkcie Informacyjnym osoby przychodzące do Szpitala uzyskują informacje nt.:

- a) topografii szpitala i dokładnej lokalizacji poszczególnych komórek,
- b) działalności szpitala tj., jakie usługi są świadczone na terenie szpitala, jakie posiadamy oddziały szpitalne, jakie poradnie specjalistyczne oraz jaką oferujemy diagnostykę,
- c) zasad obowiązujących przy przyjęciu do oddziału szpitalnego,
- d) zasad obowiązujących i trybu korzystania z porad specjalistów,
- e) ogólnych zasad korzystania ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych,
- f) praw pacjenta,
- g) zasad składania ewentualnych skarg,

W Punkcie Informacyjnym jest możliwość wykonania odpłatnie ksero (wg cennika).

5. Zadania w obszarze kontroli:

Opracowywanie zasad funkcjonowania systemu kontroli oraz ich wdrażanie;

- a) zapewnienie jednolitych standardów w zakresie identyfikacji, analizy i oceny ryzyka;

- b) weryfikacja danych na temat ryzyk i mechanizmów kontroli przekazywanych przez Właścicieli Ryzyk;
 - c) tworzenie i aktualizacja metodyki oceny ryzyka i mechanizmów kontroli;
 - d) opracowywanie i bieżące prowadzenie dokumentacji kontroli;
 - e) dokonywanie przeglądu ZSZ w poszczególnych obszarach działalności pod kątem realizacji celów kontroli;
 - f) udział w opracowywaniu celów i zadań dla Szpitala oraz gromadzenie sprawozdań z ich realizacji w oparciu o procedurę PO-01 Cele operacyjne;
 - g) udział w aktualizacji Polityki Zintegrowanego Systemu Zarządzania;
 - h) udział w opracowywaniu Planu Strategicznego Szpitala;
 - i) udział w opracowywaniu planów: zatrudnienia, rzeczowo-finansowego, przetargów, inwestycyjnego, remontów, szkoleń zewnętrznych;
 - j) aktualizacja regulaminów Szpitala;
 - k) identyfikacja i analiza ryzyka w poszczególnych obszarach działania tj. określenie prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka i możliwych jego skutków, a także określenie rodzaju reakcji na ryzyko i poziomu akceptowalnego;
 - l) dokonywanie okresowych (raz na kwartał) analiz i ocen funkcjonowania systemu kontroli;
 - m) przedstawianie propozycji usprawnień w określonych obszarach działalności Szpitala, w tym informacji o konieczności zaktualizowania bądź udoskonalenia procedur, a także potrzebie wprowadzenia innych mechanizmów kontroli;
 - n) bieżące monitorowanie systemu kontroli oraz sporządzanie pisemnych informacji z podejmowanych działań, a także opracowywanie raportów i ocen dotyczących skuteczności i efektywności poszczególnych elementów systemu;
 - o) wspieranie Zarządu w zakresie realizacji kontroli oraz gromadzenie niezbędnych danych do oceny Zintegrowanego Systemu Zarządzania;
 - p) udział w regularnych kwartalnych spotkaniach roboczych Zespołu.
6. Sporządzania i nadzór nad umowami kupna i sprzedaży.
Za zarządzanie, organizację pracy KO oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Kierownik Działu Jakości.
Dział wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 149.

PEŁNOMOCNIK DS. ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA podlega bezpośrednio Zarządowi, a w zakresie bieżącej realizacji zadań współpracuje z Dyrektorem ds. Lecznictwa/Naczelnym Lekarzem Szpitala.

Zadania Pełnomocnika ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania obejmują:

1. nadzór nad:

- a) pracami na etapie wdrażania wymagań norm ISO przez poszczególnych koordynatorów norm ISO Zintegrowanego Systemu Zarządzania tj.:
 - a. EN-ISO 9001:2015 „Systemy Zarządzania, Jakością. Wymagania.”,
 - b. PN-EN ISO 14001: 2015P System zarządzania środowiskowego,
 - c. PN-ISO/IEC 27001: 2023 System zarządzania bezpieczeństwem informacji,
 - d. PN-N-45001:2018 System zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy,
 - e. PN-EN ISO 22000: 2018P System zarządzania bezpieczeństwem żywności,
 - f. oraz Standardów akredytacyjnych Centrum Monitorowania, Jakości w Krakowie.
- b) utrzymanie i doskonalenie Zintegrowanego Systemu Zarządzania,
- c) przedstawianie Zarządowi sprawozdań dotyczących funkcjonowania ZSZ.

2. zarządzanie jakością w zakresie:

- a) kreowania i realizacji Polityki Zintegrowanego Systemu Zarządzania, monitorowania procedur systemowych i pozostałej dokumentacji ZSZ,
- b) definiowania celów i zadań dot. jakości poprzez:
 - a. planowanie i inicjowanie prac na rzecz doskonalenia ZSZ,
 - b. koordynowanie współpracy z KO w sprawach dotyczących zarządzania jakością,

- c. monitorowanie jakości usług poprzez badania satysfakcji pacjentów, pracowników, kontrahentów,
- d. nadzór nad skutecznością funkcjonowania procesów ZSZ oraz ich doskonalenie poprzez: opracowywanie i aktualizację dokumentacji systemu, planowanie i sterowanie audytami wewnętrznymi, monitorowanie i analizę wskaźników jakości, planowanie i weryfikowanie skuteczności działań korygujących i zapobiegawczych i innych doskonalących system.

Za zarządzanie, organizację pracy KO oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Pełnomocnik ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania. Podlega bezpośrednio Zarządowi.

Pełnomocnik wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 150.

Do zadań **SŁUŻBY BHP** należy:

1. Przeprowadzanie kontroli warunków pracy oraz przestrzegania przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy.
2. Bieżące informowanie pracodawcy o stwierdzonych zagrożeniach zawodowych, wraz z wnioskami zmierzającymi do usunięcia tych zagrożeń.
3. Sporządzanie i przedstawianie pracodawcy, co najmniej raz w roku, okresowych analiz stanu bezpieczeństwa i higieny pracy.
4. Przedstawianie pracodawcy wniosków dotyczących zachowania wymagań ergonomii na stanowiskach pracy.
5. Opiniowanie szczegółowych instrukcji dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy na poszczególnych stanowiskach pracy.
6. Udział w ustalaniu okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy oraz w opracowywaniu wniosków wynikających z badania przyczyn i okoliczności tych wypadków oraz zachorowań na choroby zawodowe, a także kontrola realizacji tych wniosków.
7. Prowadzenie rejestrów, kompletowanie i przechowywanie dokumentów dotyczących wypadków przy pracy, stwierdzonych chorób zawodowych i podejrzeń o takie choroby, a także przechowywanie wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy.
8. Doradztwo w zakresie stosowania przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy.
9. Udział w dokonywaniu oceny ryzyka zawodowego, które wiąże się z wykonywaną pracą.
10. Doradztwo w zakresie organizacji i metod pracy na stanowiskach pracy, na których występują czynniki niebezpieczne dla zdrowia lub warunki uciążliwe oraz doboru najwłaściwszych środków ochrony zbiorowej i indywidualnej.
11. Współpraca z właściwymi komórkami organizacyjnymi lub osobami, w szczególności w zakresie organizowania i zapewnienia odpowiedniego poziomu szkoleń w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz zapewnienia właściwej adaptacji zawodowej nowo zatrudnionych pracowników.
12. Współpraca z laboratoriami i innymi jednostkami zajmującymi się pomiarami stanu środowiska naturalnego.
13. Współdziałanie z lekarzem sprawującym profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami.
14. Współdziałanie ze społeczną inspekcją pracy oraz z zakładowymi organizacjami związkowymi.
15. Uczestniczenie w konsultacjach w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy.
16. Współdziałanie w realizacji nakazów zaleceń pokontrolnych, planu poprawy warunków bhp. Oraz kontrola i rekontrola ich realizacji.

Za zarządzanie, organizację pracy KO oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialni są pracownicy Służby BHP. Podlegają bezpośrednio Zarządowi. Służba wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 151.

INSPEKTOR OCHRONY DANYCH (IOD) odpowiada za nadzorowanie przestrzegania zasad zabezpieczenia technicznego i organizacyjnego zapewniających ochronę przetwarzanych danych osobowych.

Do zadań Inspektora Ochrony Danych należy:

1. nadzór nad przestrzeganiem zasad zabezpieczenia technicznego i organizacyjnego zapewniających ochronę przetwarzanych danych osobowych,
 2. nadzór nad zasadami zabezpieczenia pomieszczeń, w których przetwarzane są dane osobowe [tradycyjne i elektroniczne] oraz kontrolą przebywających w nich osób,
 3. nadzór merytoryczny nad prowadzeniem ewidencji wydanych upoważnień i oświadczeń,
 4. analiza umów w zakresie usług zewnętrznych związanych z powierzaniem danych osobowych;
 5. instruowanie Inspektora ds. ZSBI w zakresie obszarowego nadzoru wypełniania postanowień Polityki Bezpieczeństwa Informacji,
 6. współpraca z Kierownikiem DI i Inspektorem ds. ZSBI pod kątem nadzoru merytorycznego funkcjonowaniem SZBI wynikającego z normy **ISO/IEC 27001:2023**
 7. nadzór nad przechowywaniem kopii zapasowych poprzez ewidencje prowadzoną przez Administratora Systemów Informatycznych,
 8. nadzór i kontrola ASI, oraz pozostałych użytkowników upoważnionych do przetwarzania danych osobowych,
 9. organizacja zajęć lub szkolenie pracowników z zakresu ochrony danych oraz informowanie użytkowników o zmianach w systemie ochrony danych osobowych.
 10. roczna analiza i ocena stanu zabezpieczenia danych osobowych przetwarzanych w Szpitalu.
- Inspektor Ochrony Danych, który podlega bezpośrednio Zarządowi.
IOD wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 152.

Do głównych **ZADAŃ INSPEKTORA DS. OBRONNYCH I ZARZĄDZANIA KRYZYSOWEGO ORAZ PEŁNOMOCNIKA DS. OCHRONY INFORMACJI NIEJAWNYCH** należy:

1. W zakresie spraw obronnych i zarządzania kryzysowego – planuje, organizuje, koordynuje, nadzoruje przedsięwzięcia związane ze sprawami obronnymi w podmiocie leczniczym w tym:
 - a) opracowuje, na podstawie wytycznych resortowych i innych, plany przygotowań podmiotu leczniczego pracy na potrzeby obronne Państwa oraz aktualizuje je w miarę potrzeb,
 - b) utrzymuje w stałej aktualizacji plan wydzielania łóżek szpitalnych na potrzeby Sił Zbrojnych RP, MSW i A, ABW,
 - c) uczestniczy w opracowywaniu planów terenowej administracji samorządowej (konsultacje merytoryczne) planów organizacji i działania zespołów zastępczych miejsc szpitalnych),
 - d) opracowuje i utrzymuje w stałej aktualizacji dokumenty „Stątego Dyżuru”,
 - e) opracowuje karty realizacji zadań operacyjnych w zakładzie,
 - f) prowadzi prace reklamacyjne pracowników zakładu od obowiązku pełnienia czynnej służby wojskowej w okresie pokoju i wojny oraz czynności związane ze świadczeniami osobistymi i rzeczowymi dla potrzeb zakładu w okresie zagrożenia,
 - g) na bieżąco przygotowuje i prowadzi szkolenia w aspekcie obronności na terenie zakładu i „SD”,
 - h) współpracuje z Biurem Obronności i Bezpieczeństwa a także Departamentem Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego województwa pomorskiego, Miejskim i Powiatowym Centrum Zarządzania Kryzysowego, Wojskową Komendą Uzuppełnień w Słupsku i innymi instytucjami w zakresie spraw obronnych.
2. W zakresie spraw związanych z obroną cywilną – planuje, organizuje, koordynuje i nadzoruje wszystkie przedsięwzięcia związane z OC w tym:
 - a) opracowuje i utrzymuje w stałej aktualizacji plan obrony cywilnej zakładu, aktualizuje plan reagowania w sytuacjach zagrożenia zakładu, współuczestniczy w opracowywaniu dokumentów szkolenia OC dla jednostek organizacyjnych zakładu,
 - b) opracowuje dokumentację i prowadzi szkolenia w zakresie OC na terenie Szpitala,
1. W zakresie ochrony informacji niejawnych w zakładzie:
 - a) zapewnia ochronę informacji niejawnych w Zakładzie,
 - b) kontroluje stan ochrony informacji niejawnych oraz stan przestrzegania przepisów o ochronie tych informacji,
 - c) prowadzi szkolenia pracowników zakładu w zakresie ochrony informacji niejawnych,

- d) prowadzi ewidencję osób, którym wydano poświadczenia bezpieczeństwa, oraz wykaz osób, którym odmówiono wydania a także aktualizuje wykazy stanowisk - osób dopuszczonych do informacji niejawnych,
- e) opracowuje szczegółowe wymagania w zakresie ochrony informacji niejawnych oznaczonych klauzulą „zastrzeżone” na terenie zakładu,
- f) prowadzi na bieżąco wymagane przepisami prawa rejestry w zakresie ewidencji dokumentacji niejawnej,
- g) nadzoruje procesy przestrzegania prawidłowego dostępu, tworzenia, ewidencjonowania, przechowywania, przesyłania, przekazywania i ochrony dokumentów niejawnych.

Za zarządzanie, organizację pracy KO oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiada Inspektora ds. Obronnych i Zarządzania Kryzysowego, Pełnomocnika ds. Ochrony Informacji Niejawnych. Podlega bezpośrednio Zarządowi.

Pełnomocnicy wykonują inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§153.

Do podstawowych zadań **PEŁNOMOCNIKA DS. PRZECIWDZIAŁANIA KORUPCJI** należy:

1. kształtowanie kultury organizacyjnej i budowanie świadomości w zakresie ryzyka korupcyjnego oraz promowanie kultury uczciwości w instytucji,
2. dbanie o zachowanie zasad etyki oraz promowanie zachowań zgodnych z normami prawnymi i etycznymi,
3. tworzenie i wdrażanie efektywnej polityki antykorupcyjnej oraz innych, zbieżnych rozwiązań,
4. zapewnienie w działaniu instytucji zgodności z przepisami prawa powszechnie obowiązującego, w tym przepisami o charakterze antykorupcyjnym oraz wewnętrznymi regulacjami,
5. prowadzenie oceny ryzyka korupcyjnego,
6. szkolenie personelu w zakresie przeciwdziałania korupcji.

PEŁNOMOCNIK DS. PRZECIWDZIAŁANIA KORUPCJI odpowiada za prawidłowe wykonywanie zadań i podlega bezpośrednio Zarządowi.

Za zarządzanie, organizację pracy oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest **PEŁNOMOCNIK DS. PRZECIWDZIAŁANIA KORUPCJI**.

§ 154.

Do zadań **INSPEKTORA OCHRONY PRZECIWOPOŻAROWEJ** należy: Prowadzenie wszystkich spraw z zakresu bezpieczeństwa przeciwpożarowego, zleconych przez Zarząd podmiotu leczniczego oraz wynikających z przepisów powszechnie obowiązującego prawa, a w szczególności:

1. przeprowadzanie kontroli warunków oraz przestrzegania przepisów i zasad bezpieczeństwa przeciwpożarowego na terenie podmiotu leczniczego,
2. szkolenie pracowników wstępne i okresowe z zakresu bezpieczeństwa pożarowego.
3. aktualizacja planów ewakuacji i oznaczeń w tym zakresie,
4. kontrola przestrzegania ważności badań i sprawności podręcznego sprzętu gaśniczego, sieci hydrantowej, instalacji odgromowej i elektrycznej, instalacji alarmowej. i ich konserwację
5. współudział w realizacji nakazów zaleceń pokontrolnych organów zewnętrznych,
6. praktyczne przeprowadzanie ewakuacji i innych ćwiczeń związanych z bezpieczeństwem przeciwpożarowym,
7. bieżące informowanie pracodawcy o stwierdzonych zagrożeniach, wraz z wnioskami zmierzającymi do usunięcia tych zagrożeń,
8. sporządzanie okresowych analiz stanu bezpieczeństwa przeciwpożarowego,
9. reprezentowanie podmiotu leczniczego przed organami kontrolnymi w zakresie bezpieczeństwa pożarowego,

Za zarządzanie, organizację pracy KO oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiada Inspektor Ochrony Przeciwożarowej. Podlega bezpośrednio Zarządowi.

Inspektor wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 155.

Do zadań **SPECJALISTY DS. ORGANIZACYJNYCH** należy:

1. sporządzanie dokumentów dotyczących organizacji podmiotu leczniczego – rejestracja zmian w RZOZ, KRS,
2. Aktualizacja wypisu z Księgi Rejestrowej Wojewody Pomorskiego w Gdańsku i odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego,
3. Załatwianie formalności związanych ze zmianami w strukturze organizacyjnej komórek Szpitala,
4. Sporządzanie zarządzeń Zarządu podmiotu leczniczego we współpracy z właściwymi komórkami organizacyjnymi,
5. Prowadzenie rejestru wydanych zarządzeń wewnętrznych Zarządu,
6. Udział w opracowywaniu: statutu, regulaminów, poleceń wewnętrznych, struktury organizacyjnej Spółki,
7. Prowadzenie dokumentacji skarg i wniosków oraz odpowiedniej korespondencji związanej z ich wyjaśnianiem we współpracy z Pełnomocnika ds. praw pacjenta, Radcą Prawnym, Dyrektorem ds. Lecznictwa/Naczelnym Lekarzem Szpitala,
8. Protokołowanie wszystkich posiedzeń zwoływanych przez Zarząd,
9. Załatwianie wszystkich spraw organizacyjnych związanych ze zwoływaniem posiedzeń,
10. Organizowanie posiedzeń Rady Nadzorczej, przygotowywanie materiałów na posiedzenia, opracowywanie projektów uchwał, protokołowanie oraz prowadzenie dokumentacji dotyczącej jej działalności,
11. Prowadzenie różnej korespondencji wewnętrznej i zewnętrznej w zakresie działalności Szpitala w ścisłej współpracy z Zarządem,

Za zarządzanie, organizację pracy KO oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiada Specjalista ds. organizacyjnych. Podlega bezpośrednio Zarządowi. Specjalista wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 156.

Do zadań **KAPELANA SZPITALNEGO** należy:

1. duszpasterskie odwiedziny chorych,
2. sprawowanie mszy świętej w kaplicach szpitalnych.

Kapelan Szpitalny odpowiada za prawidłowe wykonywanie zadań i podlega bezpośrednio Zarządowi.

§ 157.

Do zadań **OBSŁUGI PRAWNEJ** należy:

1. udzielanie porad, opinii i wyjaśnień w sprawach dotyczących stosowania obowiązujących przepisów prawnych,
2. opiniowanie umów i innych aktów wywołujących skutki prawne,
3. opiniowanie pod względem prawnym wewnętrznych aktów normatywnych,
4. windykacja należności i dochodzenie roszczeń spornych,
5. zastępstwo w postępowaniu sądowym, administracyjnym oraz przed innymi organami orzekającymi,
6. obsługa prawna organów Spółki.

Za zarządzanie, organizację pracy KO oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiada Obsługa Prawna. Podlega bezpośrednio Zarządowi.

Obsługa Prawna wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 158.

Do zadań **INSPEKTORA OCHRONY RADIOLOGICZNEJ** należy nadzór nad przestrzeganiem przez jednostkę ochrony zdrowia warunków ochrony radiologicznej związanych z prowadzoną działalnością:

1. nadzór nad przestrzeganiem prowadzenia działalności zgodnie z instrukcją pracy z aparatami RTG oraz prowadzenie dokumentacji odnośnie ochrony radiologicznej,

2. nadzór nad działaniem sygnalizacji ostrzegawczej i prawidłowym oznakowaniem miejsc pracy ze źródłami promieniowania jonizującego,
3. nadzór nad spełnieniem warunków dopuszczających pracowników do zatrudnienia na danym stanowisku pracy, w tym szkolenia pracowników na stanowisku pracy w zakresie ochrony radiologicznej,
4. dokonywanie wstępnej oceny narażenia pracowników na podstawie wyników pomiarów dawek indywidualnych i przedstawienie jej kierownikowi jednostki,
5. informowanie pracowników o otrzymanych przez nich dawkach promieniowania jonizującego,
6. każdorazowe wyjaśnienie przyczyn wzrostu dawki indywidualnej ponad jej dotychczasowy poziom, w szczególności wyjaśnienia przyczyn przekroczenia limitów dawek i podejmowanie środków zaradczych oraz przekazywanie tych informacji kierownikowi jednostki ochrony zdrowia,
7. współpraca ze służbami bezpieczeństwa i higieny pracy, osobami wdrażającymi program ochrony radiologicznej i służbami przeciwpożarowymi w zakresie ochrony przed promieniowaniem jonizującym,
8. informowanie kierownika jednostki organizacyjnej o stanie ochrony radiologicznej oraz przedstawianie mu w formie pisemnej propozycji w zakresie polepszenia tego stanu lub usunięcia nieprawidłowości,
9. nadzór nad postępowaniem wynikającym z zakładowego planu postępowania awaryjnego, jeżeli na terenie jednostki zaistnieje zdarzenia radiacyjne,
10. nadzór nad dokumentacją, o której mowa w przepisach regulujących szczegółowe warunki bezpiecznej pracy ze źródłami promieniowania jonizującego,
11. ustalanie wyposażenia jednostki ochrony zdrowia w środki ochrony indywidualnej, aparatury dozymetrycznej i pomiarowej oraz innego wyposażenia służącego do ochrony pracowników oraz pacjentów przed promieniowaniem jonizującym,
12. występowanie do kierownika jednostki zdrowia z wnioskiem o zmianę warunków pracy pracowników, w szczególności w przypadku, gdy wyniki pomiarów dawek indywidualnych uzasadniają taki wniosek,
13. przedstawianie kierownikowi ochrony zdrowia opinii, w ramach badania i sprawdzania środków ochronnych i przyrządów pomiarowych, zakresie skuteczności stosowanych środków i technik ochrony przed promieniowaniem jonizującym,
14. sprawdzanie kwalifikacji pracowników w zakresie ochrony radiologicznej i występowanie w tym zakresie z wnioskami do kierownika jednostki ochrony zdrowia,
15. występowanie do kierownika jednostki ochrony zdrowia o wprowadzanie zmian w instrukcjach pracy.

Inspektor Ochrony Radiologicznej odpowiada za prawidłowe wykonywanie zadań i podlega bezpośrednio Zarządowi.

Za zarządzanie, organizację pracy KO oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiada Inspektor Ochrony Radiologicznej. Podlega bezpośrednio Zarządowi.

Inspektor wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 159.

SEKRETARIAT

Do zadań Sekretariatu należy w szczególności:

1. organizacja stanowisk pracy Zarządu,
2. prowadzenie prac związanych z administracyjną obsługą Zarządu niezastrzeżoną w kompetencjach innych komórek organizacyjnych,
3. nadzór nad sprawnym obiegiem korespondencji zewnętrznej i wewnętrznej Spółki,
4. nadzór nad prawidłowym przepływem informacji pomiędzy Zarządem, a wszystkimi komórkami organizacyjnymi oraz samodzielnymi stanowiskami w Spółce oraz podmiotami zewnętrznymi,
5. organizowanie spotkań (przyjęcia interesantów i pracowników Spółki) oraz wyjazdów służbowych Zarządu,

6. rejestrowanie i znakowanie korespondencji wpływającej do Spółki, dostarczanie jej do Zarządu w celu dokonania dekretacji,
7. przekazywanie korespondencji do odpowiednich komórek organizacyjnych, zgodnie z dekretacją,
8. prowadzenie terminarzy spotkań,
9. obsługa interesantów – udzielanie informacji i kierowanie do właściwych komórek organizacyjnych lub stanowisk,
10. inne czynności, zlecone w zakresie obsługi biurowej.

Za zarządzanie, organizację pracy KO oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiada pracownik sekretariatu. Podlega bezpośrednio Zarządowi. Sekretariat wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 160.

ASYSTENT ZARZĄDU

Do zadań Asystenta Zarządu należy organizowanie i koordynowanie spraw związanych z administracyjnym i logistycznym funkcjonowaniem Zarządu w Spółce.

W szczególności:

1. zapewnienie właściwej organizacji pracy Zarządu poprzez:
 - organizowanie i uzgadnianie czasu (zarządzanie czasem pracy) Zarządu,
 - prowadzenie terminarza spotkań i wyjazdów,
 - planowanie i umawianie spotkań Zarządu /uaktualnianie terminów spotkań,
2. sporządzanie projektów pism dla Zarządu i przygotowywanie korespondencji wychodzącej,
3. organizowanie oraz obsługa spotkań i konferencji, w których bierze udział Zarząd,
4. przygotowywanie logistyczne podróży służbowych Zarządu oraz materiałów merytorycznych, (rezerwowanie miejsc noclegowych i biletów komunikacji międzymiastowej i międzynarodowej),
5. koordynowanie przepływem informacji dla Zarządu, w tym telefonicznej i mailowej,
6. zapewnienie obiegu dokumentów w organizacji zgodnie z dekretacją i procedurami,
7. nadzorowanie i przygotowywanie dla Zarządu sprawozdań, raportów, prezentacji, analiz i zestawień,
8. nadzorowanie i przekazywanie sprawozdań Zarządowi dot.:
 - realizacji wniosków pokontrolnych z kontroli przeprowadzonych w Szpitalu,
 - załatwiania skarg i wniosków,
 - poziomu realizacji projektów, prowadzonych w Szpitalu,
 - struktury organizacyjnej Szpitala, tj. struktury opisów stanowisk pracy,
 - udostępniania informacji publicznej (Biuletyn Informacji Publicznej),
 - aktualizacji zapisów w Księdze Rejestrowej,
9. budowanie pozytywnych relacji międzyludzkich poprzez komunikację z pracownikami, współpracownikami i kontrahentami.

Asystent Zarządu może reprezentować Zarząd wobec współpracowników wewnątrz Szpitala, jak i wobec kontrahentów zewnętrznych – na podstawie udzielonego pełnomocnictwa.

Rozdział 7

Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego spółki

§ 161.

1. Stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne udzielane są w oddziałach i innych komórkach opieki szpitalnej.
2. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne udzielane są w poradniach, w zakładach, ośrodkach dziennych, podstawowej opiece zdrowotnej i pracowniach diagnostycznych oraz zabiegowych.
3. Stacjonarne i całodobowe świadczenia inne niż szpitalne udzielane są w zakładzie pielęgnacyjno – opiekuńczym.

§ 162.

1. Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są w budynkach podmiotu leczniczego w medycznych komórkach organizacyjnych, także poza terenem podmiotu leczniczego.
2. W przypadku konieczności ratowania zdrowia lub życia - personel medyczny udziela pomocy medycznej także poza budynkiem, ale na terenie podmiotu leczniczego, którego granice określa zapis w dokumentacji Zintegrowanego Systemu Zarządzania.

§ 163.

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są przez osoby wykonujące zawody medyczne, określone w Taryfikatorze kwalifikacyjnym Szpitala oraz przez wolontariuszy.
2. Świadczenia zdrowotne udzielane są w sposób ciągły, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z należytą starannością oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej i poszanowaniem praw pacjenta.
3. Zakresy czynności, obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień pracowników uczestniczących w procesie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz opisy stanowisk pracy stanowią dokumenty, wchodzące w skład akt osobowych, znajdujących się w Dziale Kadr i Płac podmiotu leczniczego.
4. W celu przestrzegania wartości etycznych, każdy pracownik zostaje zapoznany z Kodeksem Etyki, którego zasady opisane są w Regulaminie Pracy.
5. Każdego pracownika obowiązuje noszenie identyfikatora zawierającego: nazwę komórki organizacyjnej, stanowisko, imię i nazwisko.
6. W przypadku nagłej nieobecności w pracy, jak również zdarzenia masowego i katastrof, bezpośredni przełożony wzywa personel do stawienia się na stanowisku pracy zgodnie z „Tabelą alarmową pracowników” danej komórki organizacyjnej.

Pracownicy komórek organizacyjnych wykonują zadania w sposób zapewniający sprawną, prawidłową i terminową realizację powierzonych im zadań w oparciu o obowiązujące:

1. Uchwały Zarządu,
2. przepisy prawa,
3. procesy,
4. procedury,
5. standardy,
6. instrukcje,
7. regulaminy.

§ 164.

1. Podmiot zapewnia udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osobom ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie przepisów nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością.
2. Żadne okoliczności nie mogą stanowić podstawy do odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego, jeżeli osoba zgłaszająca się do podmiotu leczniczego potrzebuje natychmiastowego udzielenia pomocy medycznej, ze względu na nagłe zagrożenie życia lub zdrowia.
3. Świadczenia zdrowotne udzielane osobom posiadającym uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego są bezpłatne.
4. Podstawą do uzyskania bezpłatnych świadczeń jest potwierdzenie prawa pacjenta do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w systemie Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców (E-WUŚ).
5. Informacja o rodzaju wymaganych dokumentów potwierdzających prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych zamieszczona jest na stronie internetowej podmiotu leczniczego oraz na tablicach ogłoszeń.
6. Brak dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie nie może być podstawą odmowy udzielenia świadczenia w razie nagłego zachorowania, wypadku, urazu, zatrucia, stanu zagrożenia życia lub porodu.
7. Bezpłatnie, niezależnie od uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, udziela się świadczeń

zdrowotnych związanych z ciążą, połogiem i porodem oraz osobom, które nie ukończyły 18 roku życia.

8. Podmiot leczniczy realizuje świadczenia zdrowotne za odpłatnością. Zasady organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat zostały opisane w Rozdziale 10.

§ 165.

1. Podmiot medyczny prowadzi dokumentację medyczną, dotyczącą osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem ochrony danych osobowych oraz udostępnia dokumentację na zasadach określonych przez Zarząd podmiotu leczniczego stosownym zarządzeniem oraz zgodnie z zasadami określonymi w dokumentacji Zintegrowanego Systemu Zarządzania.
2. Dokumentacja udostępniana jest pacjentowi, osobą przez niego upoważnionym, podmiotom i organom uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów, a w razie śmierci pacjenta – osobie przez niego upoważnionej do uzyskiwania dokumentacji w przypadku jego zgonu oraz osobom bliskim na zasadach określonych w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

DOSTĘPNOŚĆ DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

§ 166.

1. W przypadku, gdy lekarz po udzieleniu pacjentowi niezbędnej pomocy uzna, że hospitalizacja nie jest zasadna, pacjent otrzymuje Kartę Informacyjną. Lekarz wyjaśnia przyczyny odmowy hospitalizacji, informuje o możliwości dalszej kontynuacji leczenia w systemie ambulatoryjnym.
2. W przypadku braku możliwości hospitalizacji pacjenta przez Szpital pacjent otrzymuje Kartę Informacyjną wraz z ewentualnym skierowaniem do innej placówki (zapewniając transport sanitarny w sytuacji tego wymagającej) lub zostaje wskazany inny termin hospitalizacji.
3. W przypadku odmowy dalszego udzielania świadczeń przez pacjenta chory otrzymuje Kartę Informacyjną. Odmowa zostaje udokumentowana przez lekarza w historii choroby. Pacjent zostaje poinformowany przez lekarza o możliwych następstwach zdrowotnych związanych z odmową dalszego udzielania świadczeń.

§ 167.

Przyjęcia w ramach stacjonarnej (planowe/nagłe) i ambulatoryjnej (pilny/stabilny) opieki odbywają się w trybie odpowiadającym potrzebom zdrowotnym pacjentów wg określonego porządku i na zasadach szczegółowo określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

ZASADY ORGANIZACJI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§ 168.

1. **Przyjęcia pacjentów do Szpitala** odbywają się całodobowo w dwóch trybach: planowym - na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza, lekarza dentyście lub felczera lub w trybie nagłym.
2. Zgłoszenia nagłe lub poród oraz pacjenci przywiezieni przez Zespół Ratownictwa Medycznego nie wymagają skierowania na leczenie (ZRM wystawia Kartę Czynności Ratunkowych).
3. Każdy pacjent zgłaszający się lub przywieziony do Szpitala podlega wstępnej ocenie i segregacji medycznej przez pielęgniarkę, ratownika medycznego z ewentualną konsultacją lekarza SOR – celem ustalenia rozpoznania wstępnego ze wskazaniem, co do dalszego trybu leczenia.
4. Wszystkie czynności wykonywane w SOR są udokumentowane odpowiednio przez lekarza i pielęgniarkę/ratownika medycznego zgodnie z zasadami określonymi w dokumentacji Zintegrowanego Systemu Zarządzania.
5. Jeżeli z wstępnego badania medycznego wynikają bezwzględne wskazania do natychmiastowego leczenia szpitalnego, lekarz w SOR kieruje pacjenta na właściwy Oddział Szpitala po uzyskaniu zgody pacjenta, jego opiekuna faktycznego lub przedstawiciela ustawowego, chyba, że na mocy

odrębnych przepisów wskazane jest przyjęcie do Szpitala bez wyrażenia zgody.

6. Jeżeli lekarz przy badaniu pacjenta posiada uzasadnione podejrzenie, że uszkodzenie ciała lub zaburzenia czynności organizmu pacjenta pozostają w związku z popełnieniem przestępstwa - bezzwłocznie zawiadamia o tym fakcie właściwą jednostkę organizacyjną Policji.
7. Przyjęcia planowe do hospitalizacji poprzedza kwalifikacja medyczna pacjentów z listy osób oczekujących na świadczenie, przeprowadzana w oddziale przez Ordynatora lub wskazanego przez niego lekarza specjalistę danej specjalności.
8. W momencie przyjęcia do Szpitala pacjent obowiązany jest przedstawić:
 - a. skierowanie do Szpitala wraz z posiadaną dokumentacją medyczną i wynikami badań zleconych przez lekarza kierującego,
 - b. dowód osobisty lub inny dokument potwierdzający tożsamość pacjenta (paszport, prawo jazdy, legitymacja szkolna w przypadku osoby, która nie ukończyła 18-tego roku życia),
 - c. potwierdzenie prawa do świadczeń poprzez weryfikację w systemie e-WUŚ (w przypadku braku potwierdzenia ubezpieczenia w systemie, pacjent może przedłożyć dokument poświadczający uprawnienia pacjenta do uzyskania bezpłatnych świadczeń lub złożyć Oświadczenie o przysługującym prawie do świadczeń opieki zdrowotnej).
9. Po zakwalifikowaniu chorego do leczenia szpitalnego przez lekarza, jego odzież i przedmioty wartościowe za pokwitowaniem są przekazane do Magazynu Odzieży i do depozytu Szpitala zgodnie z zasadami określonymi w dokumentacji Zintegrowanego Systemu Zarządzania.
10. W przypadku konieczności hospitalizacji lekarz uzyskuje zgodę pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego na prowadzenie diagnostyki i leczenia. W odniesieniu do pacjenta małoletniego, który ukończył 16 rok życia – zgody kumulatywnej. Sprzeciw małoletniego, który ukończył 16 rok życia, osoby ubezwłasnowolnionej albo chorej psychicznie lub upośledzonej umysłowo, lecz dysponującej dostatecznym rozeznanieniem wymaga zgody sądu opiekuńczego właściwego ze względu na siedzibę Szpitala.
11. W przypadku natychmiastowej hospitalizacji pacjenta, gdy Szpital nie może zapewnić świadczeń w wymaganym zakresie, pacjent zostaje przewieziony do najbliższej placówki, z którą przyjęcie ustala telefonicznie lekarz SOR lub lekarz konsultujący w SOR wystawia zlecenie na realizację transportu.
12. Wszyscy pacjenci przyjmowani do Szpitala zaopatrywani są w opaski identyfikacyjne w celu ustalenia ich tożsamości.
13. W przypadku przyjmowania do Szpitala dziecka, którego tożsamości nie można ustalić, powiadamia się o tym fakcie jednostkę organizacyjną Policji (nie dotyczy pozostawienia dziecka w „Oknie życia”) oraz sporządza dokumentację zawierającą w szczególności następujące informacje:
 - a. okoliczności i przyczyny przyjęcia dziecka do Szpitala,
 - b. rysopis dziecka, ewentualnie znaki szczególne,
 - c. imię i nazwisko, datę urodzenia i adres zamieszkania osób przekazujących dziecko, ustalone na podstawie odpowiednich dokumentów stwierdzających tożsamość, a w razie ich braku na podstawie oświadczeń potwierdzonych własnoręcznym podpisem (nie dotyczy pozostawienia dziecka w „Oknie życia”).
14. Przy przyjęciu do Szpitala - pacjentowi zakłada się niezwłocznie dokumentację medyczną spełniającą aktualnie obowiązujące wymogi rozporządzenia MZ, wymogi NFZ oraz wewnętrzne wymogi Szpitala.
15. Cały przebieg hospitalizacji dokumentowany jest w formie papierowej i/lub elektronicznej i obejmuje:
 - a. dokumentację indywidualną (wewnętrzną i zewnętrzną),
 - b. dokumentację zbiorczą.
16. Szczegółowe zasady dokumentowania procesu diagnostyczno-leczniczego pacjenta określają procedury zatwierdzone przez Zarząd.
17. Przy przyjęciu należy uzyskać:
 - a. pisemną zgodę na hospitalizację oraz pisemną zgodę na wykonanie procedury o podwyższonym ryzyku (w trakcie procesu diagnostyczno-terapeutycznego),

- b. pisemne wskazanie osoby upoważnionej przez pacjenta do uzyskiwania informacji o stanie jego zdrowia,
 - c. pisemne wskazanie osoby upoważnionej przez pacjenta do uzyskiwania dokumentacji za życia i po jego śmierci.
18. W sytuacji, gdy stan zdrowia pacjenta uniemożliwia uzyskanie w/w oświadczeń przy przyjęciu, należy odnotować przyczynę nie odebrania od pacjenta powyższych i uzyskać w trakcie pobytu pacjenta z chwilą, gdy stan zdrowia na to pozwoli.
 19. W przypadku zakwalifikowania pacjenta do hospitalizacji, a z powodu braku miejsca na oddziale, na który został skierowany, istnieje możliwość przekazania pacjenta na inny oddział po uzgodnieniu z Lekarzem starszym dyżuru. Nadzór nad pacjentem sprawuje lekarz z oddziału, na którym czasowo brak możliwości hospitalizacji.
 20. Szpital zapewnia przyjętemu pacjentowi:
 - a. realizację świadczeń zdrowotnych w zakresach podpisanych umów z NFZ,
 - b. produkty lecznicze i wyroby medyczne konieczne do wykonania świadczenia w określonym zakresie,
 - c. pomieszczenia i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia,
 - d. transport sanitarny w niezbędnym zakresie.
 21. Organizację pracy w Oddziale określa Regulamin Oddziału.
 22. Ordynator/Lekarz kierujący Oddziału wyznacza dla każdego pacjenta lekarza prowadzącego, odpowiedzialnego za bieżącą terapię i opiekę medyczną, bieżące informowanie oraz prowadzenie jego dokumentacji.
 23. Lekarz planuje działania diagnostyczno-terapeutyczne w Indywidualnym Planie Leczenia pacjenta.
 24. Pielęgniarka Oddziałowa wyznacza dla każdego pacjenta pielęgniarkę opiekującą się nim w trakcie zmiany. Wyznaczenie to może być dokonane poprzez przydział określonych sal chorych.
 25. Personel sprawujący opiekę nad pacjentem ma obowiązek przedstawić się imieniem i nazwiskiem (niezależnie od obowiązku noszenia identyfikatora) wraz z zajmowaną funkcją.
 26. Lekarz/Ordynator/Lekarz kierujący w godzinach ustalonych przez Ordynatora/Lekarza Kierującego Oddziału udziela osobom upoważnionym – wskazanym w dokumentacji medycznej pacjenta (przedstawicielowi ustawowemu) informacji o stanie zdrowia pacjentów.
 27. O stanie zdrowia ciężko chorych pacjentów bądź w przypadkach szczególnie uzasadnionych lekarze udzielają informacji osobom upoważnionym/ przedstawicielowi ustawowemu na bieżąco.
 28. Informacji o stanie zdrowia pacjentów nie udziela się przez telefon.
 29. Pielęgniarki i położne mogą udzielać informacji dotyczących wyłącznie opieki pielęgniarskiej.
 30. Lekarze i Pielęgniarki Oddziału są obowiązani prowadzić na bieżąco indywidualną dokumentację medyczną pacjenta wraz z codzienną autoryzacją zapisów, zgodnie z zasadami określonymi w procedurach Zintegrowanego Systemu Zarządzania.
 31. Codziennie w wyznaczonych godzinach, lekarze i pielęgniarki przekazując pacjentów kolejnej zmianie, przedstawiają istotne informacje o stanie zdrowia pacjentów, nowych przyjęciach do Oddziału, interwencjach lekarskich oraz innych istotnych zdarzeniach i podjętych działaniach podczas wykonywania obowiązków służbowych zgodnie z zasadami określonymi w procedurach Zintegrowanego Systemu Zarządzania.
 32. Lekarze i pielęgniarki dyżurne zobowiązani są prowadzić raporty lekarskie i pielęgniarskie odpowiednio w Księdze Raportów Lekarskich i Pielęgniarskich.
 33. Zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Ordynatora/Lekarza kierującego, w poszczególne dni tygodnia w salach chorych, odbywa się „wizyta ordynatorska” w obecności lekarzy Oddziału, lekarze prowadzący przedstawiają informacje o efektach i postępkach leczenia poszczególnych pacjentów.
 34. W konsultacji z innymi lekarzami ustalany jest dalszy przebieg leczenia, diagnostyka oraz ewentualne zmiany w procesie diagnostyczno – terapeutycznym wskazanym w Indywidualnym Planie Leczenia.
 35. W razie wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych lekarz z własnej inicjatywy bądź na wniosek pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, jeżeli uzna to za uzasadnione w świetle

wymagań wiedzy medycznej, zasięga opinii właściwego lekarza specjalisty lub organizuje konsylium lekarskie. Opinia konsultanta ma charakter doradczy, gdyż za całość postępowania odpowiada lekarz prowadzący leczenie. W ramach pakietu onkologicznego konsylium lekarskie opiniuje każdy przypadek indywidulanie.

§ 168a.

MONITORING WIZYJNY W SZPITALU

1. W celu zapewnienie bezpieczeństwa osobom przebywającym na terenie placówki medycznej, w tym w szczególności: pracownikom, współpracownikom, pacjentom, osobom towarzyszącym odwiedzającym; zapewnienie ochrony mienia oraz niezbędnego bezpieczeństwa pomieszczeń, w których prowadzona jest działalność lecznicza; wspomaganie nadzoru medycznego nad pacjentami, w zakresie dozwolonym przez obowiązujące przepisy prawa, stosowany jest w Szpitalu monitoring wizyjny.
2. System monitoringu wizyjnego – system teleinformatyczny, wyposażony w kamery zainstalowane w określonych miejscach Szpitala, umożliwiając systematyczną obserwację przestrzeni z możliwością rejestracji oraz przetwarzanie tego obrazu z wykorzystaniem bezpiecznego oprogramowania,
 - a) telewizja dozorowa – system wykorzystywany do dozorowania bezpieczeństwa mienia / osób przebywających w monitorowanych lokalizacjach, obsługiwany przez zewnętrzny podmiot zajmujący się ochroną szpitala lub obsługą techniczną infrastruktury szpitala;
 - b) telewizja medyczna – system wykorzystywany do procesów związanych bezpośrednio z leczeniem – głównie obserwacja stanu zdrowia i życia pacjentów wymagających dozoru lub rejestracja przebiegu operacji.
3. Rejestrator obrazu – urządzenie wyposażone w dysk twardy będący nośnikiem danych, umożliwiające zapisywanie obrazów z podłączonych kamer wg zaprogramowanych harmonogramów oraz dające możliwość dokonywania odczytów w przypadku zaistnienia takiej konieczności w wybranym przedziale czasowym. Czasokres przechowywania oraz ilość zgranego materiału na dyskach rejestratorów zależy od pojemności dysków oraz wielkości nagrań.
4. Oznaczenia w zakresie stosowania monitoringu wizyjnego są instalowane na wejściach do budynku. Informacja o stosowaniu monitoringu zamieszczona w widocznym miejscu, umieszczona w sposób trwały, w niezbyt dużej odległości od nadzorowanych miejsc, np. na tablicy ogłoszeń, tak aby pacjent z łatwością mógł się z nią zapoznać.
5. Rejestracja obrazu (monitoring), uwzględnia konieczność poszanowania intymności i godności pacjenta, w tym przekazywanie obrazu z monitoringu w sposób uniemożliwiający ukazywanie intymnych czynności fizjologicznych, potrzebę zastosowania monitoringu w danym pomieszczeniu oraz konieczność ochrony danych osobowych zgodnie z obowiązującymi przepisami.
6. Dostęp do monitoringu z kamer jest zabezpieczony hasłem i korzystają z niego tylko upoważnione osoby.
7. Identyfikacja pacjenta i personelu medycznego, który uczestniczył w procedurze, następuje w oparciu o metadane, takie jak: numer kamery rejestrującej obraz, numer pacjenta, czas rozpoczęcia i zakończenia monitoringu.

Szczegółowe zasady stosowania systemu monitoringu wizyjnego i nagrywania dźwięku zostały opisane w zatwierdzonej przez Zarząd Szpitala „Polityce zarządzania nagraniami obrazu oraz dźwięku (regulamin systemu monitoringu Szpitala)”.

WYPISANIE PACJENTA

§ 169.

1. Wypisanie pacjenta ze Szpitala następuje, gdy:
 - a. stan jego zdrowia nie wymaga dalszego leczenia w Szpitalu,
 - b. na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego,
 - c. gdy pacjent w sposób rażący narusza Regulamin Organizacyjny podmiotu leczniczego bądź jego komórki organizacyjnej, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednio niebezpieczeństwo

dla jego życia lub zdrowia innych osób.

2. Wypisanie, o którym mowa w ust. 1, dotyczące pacjenta, wobec którego jest uprawdopodobnione, że znajduje się w stanie wyłączającym świadome albo swobodne powzięcie decyzji i wyrażenie woli, następuje po uprzednim powiadomieniu osoby bliskiej w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta o dacie i godzinie planowanego wypisu, jeżeli osoba bliska jest znana.
3. Przy wypisywaniu dziecka w Szpitalu, pracownik Szpitala, w obecności osoby odbierającej dziecko, jest obowiązany sprawdzić jego tożsamość, odnotować tę okoliczność w dokumentacji medycznej i potwierdzić podpisem. Adnotację tę podpisuje także osoba odbierająca dziecko. W przypadku Oddziału Neonatologicznego do dokumentacji medycznej dziecka dołącza się znaki tożsamości dziecka, w które było ono zaopatrzone podczas pobytu w Szpitalu.
4. Osoba występująca o wypisanie ze Szpitala na własne żądanie jest informowana przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w Szpitalu. Osoba ta składa pisemne „Oświadczenie o wypisaniu ze Szpitala na własne żądanie”, a w razie braku takiego oświadczenia, lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej.
5. Pacjent wypisany ze Szpitala ma prawo do otrzymania:
 - a. Karty Informacyjnej z leczenia szpitalnego,
 - b. Recepty na leki i zlecenia na środki pomocnicze lub wyroby medyczne zlecone w karcie informacyjnej,
 - c. Zlecenia na transport zgodnie z odrębnymi przepisami,
 - d. Skierowania na leczenia uzdrowiskowe, jeżeli lekarz stwierdza taką potrzebę,
 - e. Zaświadczenia lekarskiego,
 - f. Wskazówki edukacyjne,
 - g. Zaleceń dla pacjenta, lekarza kierującego lub lekarza, który będzie sprawował dalszą opiekę nad chorym,
 - h. Kopię wyników badań np. grupy krwi.
6. Jeżeli po wypisie pacjenta ze szpitala z jakichkolwiek powodów zajdzie konieczność zmiany treści Karty Informacyjnej z leczenia szpitalnego, zmienioną Kartę Informacyjną z leczenia szpitalnego przekazuje się pacjentowi osobiście lub listownie.
7. Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego udzielania stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, lub osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, ponoszą koszty pobytu pacjenta, począwszy od upływu terminu wyznaczonego na odebranie pacjenta ze Szpitala.

SKARGI I WNIOSKI

§ 170.

1. W Spółce funkcjonuje Zespół ds. Etyki, do zadań, którego należy m. in. rozwiązywanie problemów natury etycznej osób zatrudnionych oraz pacjentów. Szczegółowe informacje udostępnione zostały na stronie internetowej i tablicach ogłoszeń
2. W przypadku zauważonych niedociągnięć ze strony personelu podmiotu leczniczego, pacjent może zgłosić swoje uwagi lub skargi ustnie lub telefonicznie Ordynatorowi/Lekarzowi kierującemu Oddziału, Pielęgniarkę Oddziałowej, lekarzowi dyżurnemu, lekarzowi prowadzącemu, Pełnomocnikowi ds. Praw Pacjenta, członkom Zespołu ds. Etyki.
3. Skargi i wnioski pacjentów zgłoszone na piśmie, pocztą elektroniczną, ustnie do protokołu rozpatrywane są przez Dyrektora ds. Lecznictwa/Naczelnego Lekarza Szpitala.
4. Zarząd jest zobowiązany do udzielenia odpowiedzi na skargę w terminie do 14 dni od momentu przyjęcia skargi pisemnej, a w sytuacjach wymagających dłuższego czasu na jej rozpatrzenie w terminie do 30 dni.
5. Godziny przyjęć interesantów w sprawie skarg i wniosków wywieszane są na tablicy ogłoszeń i stronie internetowej podmiotu leczniczego.

Rozdział 8

Warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych

§ 171.

1. Spółka realizując przyjęte zadania statutowe współpracuje z:
 - a) Lotniczym Pogotowiem Ratunkowym,
 - b) Jednostkami świadczącymi usługi w zakresie ratownictwa medycznego i transportu sanitarnego,
 - c) placówkami opiekuńczo – leczniczymi,
 - d) ośrodkami pomocy społecznej,
 - e) lekarzami lecznictwa otwartego,
 - f) uczelniami, szkołami,
 - g) Narodowym Funduszem Zdrowia oraz organami administracji rządowej i samorządowej,
 - h) Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego i Wojewódzkim Ośrodkiem Doskonalenia Kadr Medycznych,
 - i) Samorządem Lekarskim, Izbą Aptekarską oraz Samorządem Pielęgniarek i Położnych,
 - j) Fundacjami, stowarzyszeniami i towarzystwami, których zadaniem jest aktywizacja zawodowa oraz poszerzanie wiedzy poprzez prowadzenie kursów, szkoleń czy prac naukowych w dziedzinach medycyny zgodnych z prowadzonym zakresem działalności leczniczej;
 - k) Publicznymi i niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej, domami opieki społecznej i długoterminowej, lekarzami prowadzącymi indywidualną praktykę lekarską i innymi celem wspólnej realizacji zadań stawianych przed jednostkami ochrony zdrowia;
 - l) Organizacjami regionalnymi i naukowymi, biorącymi udział w prowadzonych programach badawczych, naukowych oraz tych, które skierowane są na rozwój placówki i pracowników.
 - m) Szpitalami w ramach wzajemnych porozumień, dotyczących szkoleń/staży specjalizacyjnych kadry medycznej;
- w zakresie:
 - a) konsultacji specjalistycznych,
 - b) badań diagnostycznych,
 - c) transportu sanitarnego i ratownictwa medycznego
 - d) odbywania staży specjalizacyjnych, praktyk.
2. Zasady współdziałania z innymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej określają umowy cywilno-prawne oraz umowy z podwykonawcami:
 - a) wyboru podmiotów dokonuje się w trybie konkursu ofert zgodnie z art. 26, 27 i art. 46 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
 - b) umowa o współpracy z podmiotami wykonującymi działalność leczniczą obejmuje warunki kierowania pacjentów, finansowanie świadczeń i nadzoru, nad jakością świadczenia zdrowotnego;
 - c) Szpital w czasie przekazania do innej jednostki pacjenta zapewnia stałą opiekę wykwalifikowanego personelu lub zleca wykonanie tej usługi innym uprawnionym jednostkom;
 - d) przekazanie pacjenta potwierdza jednostka przyjmująca;
 - e) w przypadkach koniecznej konsultacji, badań diagnostycznych, lub dalszego leczenia pacjenta w innym szpitalu, klinice – mających podpisaną umowę z NFZ, Ordynator oddziału/Lekarz Kierujący lub lekarz dyżurny ustala z tą jednostką warunki przyjęcia /przekazania pacjenta. Kierujący zobowiązany jest do zapewnienia transportu sanitarnego i pokrycia jego kosztów o ile podmiot leczniczy jest do tego zobowiązany;
 - f) po uzgodnieniu warunków przeniesienia lekarz prowadzący informuje pacjenta o podjętych czynnościach i uzyskuje jego zgodę na przeniesienie do innego podmiotu leczniczego;

- g) nadzór nad wymaganiami potwierdzającymi, jakość świadczeń zdrowotnych udzielanych Spółce przez inne podmioty wykonujące działalność leczniczą sprawuje Dyrektor ds. Lecznictwa/Naczelny Lekarz Szpitala.
3. W ramach zapewnienia ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, Szpital współpracuje z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej, z lekarzami ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.
Lekarz specjalista zobowiązany jest przekazywać lekarzowi sprawującemu podstawową lub specjalistyczną opiekę nad pacjentem, informację według zasad, wzoru i w terminach określonych przez NFZ. W razie potrzeby lekarz wydaje niezbędne zaświadczenia o stanie zdrowia w tym także zaświadczenia o prawie do zasiłku chorobowego (ZUS ZLA) oraz skierowania na przysługujące z tytułu stanu zdrowia lub stopnia niepełnosprawności środki zaopatrzenia medycznego.
4. Spółka uprawniona jest poprzez uzyskane akredytacje lub zawierane umowy do prowadzenia:
- staży podyplomowych,
 - staży specjalizacyjnych,
 - specjalizacji lekarskich,
 - specjalizacji pielęgniarskich
 - staży zawodowych,
 - praktyk studenckich.

PROCESY WYDZIELONE NA ZEWNĄTRZ

§ 172.

- Nadzór nad procesami wydzielonymi na zewnątrz, mającymi wpływ, na jakość sprawowany jest przez uprawnionych pracowników Szpitala.
- Do usług, pomocniczych” zleconych na zewnątrz mających szczególne znaczenie dla spełnienia określonych wymagań pacjenta należą:
 - transport sanitarny,
 - usługa sprzątnia i utrzymania higieny,
 - wywóz i utylizacja odpadów,
 - ochrona mienia,
 - przeгляд stanu technicznego urządzeń medycznych i ich naprawa,
 - pralnia,
 - kuchnia,
 - obsługa eksploatacyjno – techniczna szpitala,
 - obsługa z zakresu ochrony danych osobowych oraz nadzór nad utrzymaniem systemu bezpieczeństwa informacji zgodnie z zakresem wskazanym w §127.
- Szczegółowe zasady postępowania i nadzoru określają procedury postępowania, zawarte w dokumentacji Zintegrowanego Systemu Zarządzania.

WSPÓLDZIAŁANIE MIĘDZY POSZCZEGÓLNYMI

KOMÓRKAMI ORGANIZACYJNYMI PODMIOTU LECZNICZEGO

§ 173.

- Do wspólnych zadań komórek organizacyjnych Spółki należy w szczególności:
 - realizacja zadań Spółki określonych w przepisach prawnych,
 - inicjowanie działań służących skuteczniejszej realizacji zadań Spółki,
 - dbałość o należyty wizerunek Spółki,
 - działania na rzecz racjonalizacji zatrudnienia,

- e) działania na rzecz właściwego wykorzystania czasu pracy i potencjału pracowniczego,
 - f) przygotowanie i przeprowadzenie szkoleń wewnętrznych wśród pracowników,
 - g) działania na rzecz skutecznego przekazu informacji przez kadrę kierowniczą podległym pracownikom,
 - h) opracowywanie wniosków do projektów planu finansowego i inwestycyjnego Spółki na dany rok, realizacja zadań wynikających z tych planów oraz terminowe wprowadzanie zmian do planu z odpowiednim wyprzedzeniem tj. przed podjęciem decyzji o zamówieniu
 - i) działanie na rzecz pozyskiwania ponadplanowych środków finansowych na zadania realizowane przez daną komórkę organizacyjną,
 - j) opracowywanie sprawozdań z wykonanych zadań oraz sprawozdań i informacji wynikających z odrębnych przepisów powszechnie obowiązującego prawa,
 - k) przygotowywanie opracowań strategicznych dla Spółki,
 - l) przygotowywanie projektów regulaminów wewnętrznych dla poszczególnych komórek organizacyjnych,
 - m) współdziałanie z innymi komórkami organizacyjnymi Spółki w celu realizacji zadań wynikających z uzgodnień między nimi,
 - n) Kierownicy KO medycznych i administracyjnych zobowiązani są do przygotowywania ofert do konkursów na świadczenia zdrowotne,
 - o) ochrona tajemnicy Spółki,
 - p) przestrzeganie przepisów o ochronie danych osobowych w zakresie gromadzonych informacji
 - q) nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów,
 - r) wykonywanie innych zadań zleconych przez Zarząd Spółki.
2. Współdziałanie między poszczególnymi komórkami organizacyjnymi podmiotu leczniczego odbywa się w sposób zapewniający sprawność funkcjonowania podmiotu leczniczego oraz kompleksowość, dostępność i należytą jakość udzielanych przez podmiot leczniczy świadczeń opieki zdrowotnej. W tym celu Zarząd Spółki może powołać Koordynatora sprawującego nadzór na pracę więcej niż jednej komórki organizacyjnej.
 3. W zakresie współdziałania między komórkami organizacyjnymi podmiotu leczniczego uprawnienia nadzorczo koordynujące posiadają Zarządzający lub osoby przez nich wyznaczone m. in. Starszy Lekarz Dyżuru, Koordynator o którym mowa w ust. 2 niniejszego paragrafu.
 4. Konsultacji wewnętrznych w podmiocie leczniczym udzielają lekarze wyznaczani na bieżąco przez Ordynatorów/Lekarzy kierujących poszczególnych Oddziałów.
 5. Przeniesienia pacjentów między oddziałami szpitalnymi, ze względu na stan wymagający leczenia w innym oddziale, odbywają się na podstawie ustaleń pomiędzy Ordynatorami/Lekarzami kierującymi poszczególnych Oddziałów.
 6. Lekarz właściwego Oddziału poleca pracownikowi tegoż Oddziału zawiadomić członka rodziny, przedstawiciela ustawowego lub opiekunów pacjenta:
 - a. o przyjęciu bez ich wiedzy do Szpitala pacjenta niepełnoletniego,
 - b. o przyjęciu pacjenta bez względu na wiek w przypadku nagłym i ciężkim,
 - c. o znacznym pogorszeniu się stanu zdrowia pacjenta hospitalizowanego,
 - d. o przeniesieniu pacjenta do innego zakładu opieki zdrowotnej z podaniem dokładnego adresu tego zakładu.
 7. Wszystkie badania diagnostyczne w trybie pilnym wykonywane są niezwłocznie.
 8. W zakresie interpretacji wyników badań diagnostycznych lekarz oddziału współpracuje z diagnostą laboratoryjnym, lekarzem radiologiem, lekarzem patomorfologiem.
 9. W zakresie opracowania Planu opieki nad pacjentem lekarz prowadzący współpracuje m. in. z pielęgniarką, fizjoterapeutą, psychologiem, terapeutą zajęciowym, dietetykiem, lekarzami specjalistami, lekarzem chorób zakaźnych i innymi pracownikami medycznymi adekwatnie do potrzeb.
 10. Szczegółowe zasady powiązań międzyprocesowych (komunikacji, obiegu dokumentacji) w obszarach funkcjonowania Szpitala określają procedury postępowania, zawarte w obowiązującej dokumentacji Zintegrowanego Systemu Zarządzania.
 11. W celu realizowania bieżących zadań wymagających współpracy kilku pracowników/KO w Szpitalu

funkcjonują Zespoły i Komisje, które powołuje uchwałą Zarząd. Zadania poszczególnych zespołów są określone w Zarządzeniach wewnętrznych/Uchwałach powołujących w/w zespoły. Bezpośredni nadzór nad pracą Zespołów/Komisji sprawują Dyrektorzy zgodnie z zakresem odpowiedzialności, uprawnień i obowiązków.

§ 174.

Wszyscy Dyrektorzy, Kierownicy KO oraz pracownicy samodzielnych stanowisk są zobowiązani do corocznego przygotowania Planu Finansowego, jego poprawnej realizacji oraz przygotowania wniosków w celu jego zmiany z odpowiednim wyprzedzeniem tj. przed podjęciem decyzji o zamówieniu w sytuacji tego wymagającej.

POSTĘPOWANIE W SYTUACJACH AWARYJNYCH

§ 175.

Tryb postępowania w sytuacjach awaryjnych:

1. w sytuacji pożaru lub innego miejscowego zagrożenia,
2. podejrzenia u chorego zakażenia wirusem wyskopatogennym,
3. zgłoszenia o podłożeniu lub znalezieniu ładunku wybuchowego w obiektach Szpitala
4. zdarzeń mnogich, masowych i katastrof,
5. ochrony przetwarzanych danych osobowych,
6. zabezpieczenia danych Szpitala,

określają procedury postępowania, zawarte w obowiązującej dokumentacji Zintegrowanego Systemu Zarządzania.

Za koordynację postępowania w sytuacjach awaryjnych sprawują zgodnie z informacjami zawartymi w instrukcjach Zintegrowanego Systemu Zarządzania: pracownicy p-poż, BHP, specjalności ds. epidemiologii, inspektor ds. obronnych i zarządzania kryzysowego - pełnomocnik ds. ochrony informacji niejawnych, administrator bezpieczeństwa informacji, lekarz dyżurny SOR, lekarz anestezjolog, pracownik Działu eksploatacyjno – technicznego.

Rozdział 9

Wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. O prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta

§ 176.

1. Opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustala Zarząd.
2. Opłaty nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej:
 - 1) pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie i w sposób, o którym mowa w art. 27 ust. 1 pkt 2 i 5 oraz ust. 3 Ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
 - 2) w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1 ww. ustawy.
 - 3) w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Agencji Badań Medycznych.
3. Maksymalna wysokość opłaty za:
 - 1) jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej – nie może przekraczać 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski" na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17.12.1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, począwszy od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło ogłoszenie,
 - 2) jedną stronę kopii dokumentacji medycznej – nie może przekraczać 0,00007 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt. 1 powyżej,
 - 3) udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych - nie może

- przekraczać 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt. 1 powyżej.
4. Aktualną wysokość opłat określa załącznik nr 7 do regulaminu organizacyjnego.

Rozdział 10

Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat

§ 177.

1. Świadczenia zdrowotne, za które są pobierane opłaty są udzielane zgodnie z Ustawą z dnia 27.08.2004 r. z póź. zm. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w przypadku:
 - a) realizacji świadczeń innych niż finansowane z środków publicznych,
 - b) udzielane bez wymaganego skierowania, gdy przepisy ustaw tak stanowią,
 - c) w przypadku realizacji świadczeń poza umowami zawartymi z organizatorem procesu udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - d) dla osób nieubezpieczonych,
 - e) na podstawie umów cywilnoprawnych,
 - f) dla osób, gdzie sposób finansowania świadczeń określają odrębne przepisy, w tym świadczenia służby medycyny pracy,
 - g) dla osób, którym na życzenie wydawane są orzeczenia i zaświadczenia lekarskie dla potrzeb niezwiązanych z dalszym leczeniem, rehabilitacją, niezdolnością do pracy, kontynuowaniem nauki, a także, jeśli nie są wydawane dla celów pomocy społecznej lub uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
 - h) w przypadku nie przedstawienia dowodu uprawniającego do korzystania z bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej w trakcie pobytu w podmiocie leczniczym, lub gdy osoba nie ma opłaconej składki na ubezpieczenie zdrowotne przez okres dłuższy niż jak określają to przepisy prawa, w takiej sytuacji kosztami leczenia (hospitalizacji) zostanie obciążona osoba, której udzielono świadczenia (hospitalizacji).
2. Opłaty pobierane są przed udzieleniem świadczenia zdrowotnego.

Rozdział 11

Wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. O cmentarzach i chowaniu zmarłych (dz. U. Z 2000 r. Nr 23, poz. 295, z późn. Zm.⁵¹) oraz od podmiotów, na zlecenie, których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym

§ 178.

Wysokość opłat za przechowywanie zwłok pacjenta w przypadkach, o których mowa w art. 24 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej określa załącznik numer 4 do niniejszego regulaminu.

Rozdział 12

Wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością

§ 179.

1. Spółka ma prawo do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej osobom nieuprawnionym, nieposiadającym aktualnych potwierdzeń ubezpieczenia na podstawie odpłatności za udzielone świadczenia, zleceniobiorcom zewnętrznym (zgodnie z zawartą umową) oraz klientom indywidualnym.
2. Pacjenci (lub w ich imieniu osoby uprawnione) nieposiadający prawa do bezpłatnych świadczeń przyjęci do podmiotu leczniczego (z zastrzeżeniem nagłego zachorowania, wypadku, urazu lub zatrucia, stanu zagrożenia życia oraz porodu), winni uiścić w Kasie należność za udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w dniu wypisu pacjenta ze Szpitala czy bezpośrednio po uzyskaniu

- świadczenia ambulatoryjnego, zgodnie z Cennikiem.
3. Faktury VAT lub paragon z kasy fiskalnej wystawiane są na poszczególne zakresy:
 - 1) świadczenia medyczne,
 - 2) badania diagnostyczne,
 - 3) rachunki za dokumentację medyczną,
 - 4) pozostałe usługi niemedyczne,
 - 5) transport sanitarnego.
 4. Faktura VAT jest wystawiana na podstawie sporządzonego przez lekarza druku „Potwierdzenia wykonania usługi” - zawierającego: zestawienie wykonanych procedur, zgodnie z obowiązującymi Cennikami podmiotu leczniczego, a w wypadku braku pozycji w cenniku na podstawie JGP wg katalogu NFZ i dostarczonego przez pracownika komórki do Działu Analiz w celu weryfikacji całkowitych poniesionych kosztów.
 5. Do Historii Choroby należy dołączyć kopię faktury VAT, jako dowód zapłaty za hospitalizację.
 6. Zarząd Spółki ustala Cennik usług medycznych za świadczenia opieki zdrowotnej oraz pozostałych usług niemedycznych. Za aktualizację Cennika odpowiada kierownik Działu Finansowo – Księgowy we współpracy z Działem Analiz i Działem Rozwoju, Promocji i Marketingu.
 7. Wysokość opłat za udzielanie świadczeń zdrowotnych innych niż finansowane ze środków publicznych oraz wysokość opłat za inne usługi niemedyczne określają załączniki do niniejszego regulaminu.
 8. Jeżeli badanie nie jest wykonywane jako świadczenie opieki medycznej służącej profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu zdrowia, to cena badania będzie powiększona o należny podatek VAT.
 9. Cennik dotyczy wyłącznie przypadków, w których przepisy obowiązującego prawa oraz zawarte przez Szpital umowy o wykonanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dopuszczają udzielanie wymienionych w nich świadczeń za odpłatnością.
 10. W przypadku, gdy udzielenie świadczenia wymaga od pacjenta przeprowadzenia dodatkowych badań, świadczenie to może zostać wykonane po przedłożeniu odpowiedniego dokumentu potwierdzającego ich wykonanie.

Rozdział 13 Postanowienia końcowe

§ 180.

1. Procedury organizacyjno – administracyjne dotyczące funkcjonowania Spółki nieujęte w niniejszym regulaminie organizacyjnym, określone zostały w aktach wewnętrznych Spółki.
2. Zmiany niniejszego regulaminu organizacyjnego albo ustalenie nowego regulaminu organizacyjnego są dokonywane w formie uchwały Zarządu, wymagającej zatwierdzenia przez Radę Nadzorczą w formie uchwały.
3. Zmiana regulaminu organizacyjnego albo ustalenie nowego regulaminu organizacyjnego nie wymagają zachowania formy, w jakiej został sporządzony akt przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę.

§ 181.

Niniejszy Regulamin organizacyjny wchodzi w życie Uchwały Zarządu nr 7/VII/2023 z dnia 18 lipca 2023r.

Załączniki do Regulaminu Organizacyjnego:

1. schemat organizacyjny (podległość),
 - 1a. schemat organizacyjny – administracja,
 - 1b. schemat organizacyjny – pion medyczny (powiązania organizacyjne),
 - 1c. schemat organizacyjny – Bank Tkanek i Komórek,
2. schemat organizacyjny podmiotu leczniczego – pion medyczny (kody resortowe),
3. cennik – Badania z zakresu diagnostyki mikrobiologicznej,

4. cennik – Badania z zakresu diagnostyki mikrobiologicznej dla pacjentów komercyjnych,
5. cennik – Badania z zakresu diagnostyki obrazowej,
6. cennik - Badania z zakresu diagnostyki laboratoryjnej,
7. cennik – Badania z zakresu patomorfologii,
8. cenniki – Udostępnianie dokumentacji medycznej,
9. cennik – Konsultacje specjalistyczne,
10. cennik – Usługi kserograficzne,
11. cennik – Transport sanitarny,
12. cennik – Badania z zakresu medycyny pracy,
13. cennik – Badania i zabiegi z zakresu medycyny ratunkowej,
14. cennik – Zabiegi z zakresu otorynolaryngologii,
15. cennik – Zabiegi z zakresu urologii,
16. cennik badań – Badania elektrofizjologiczne z zakresu neurologii,
17. cennik – Zabiegi z zakresu anestezjologii,
18. cennik - Badania z zakresu endoskopii,
19. cennik – Zabiegi z zakresu specjalistki ambulatoryjnej dla dorosłych,
20. cennik – Badania z zakresu bronchoskopii,
21. cennik – Badania z zakresu spirometrii,
22. cennik - Zabiegi z zakresu rehabilitacji leczniczej,
23. cennik – Badania i zabiegi z zakresu okulistyki,
24. cennik – Zabiegi z zakresu diagnostyki dermatologicznej,
25. cennik – Badania USG z zakresu ginekologii i położnictwa,
26. cennik – Badania nieinwazyjne układu krążenia,
27. cennik - Badania z zakresu echokardiografii,
28. cennik – Badania i zabiegi z zakresu chirurgii onkologicznej.
29. cennik – Świadczenia w Nocnej i Świątecznej Opiece Zdrowotnej,
30. cennik - Pobyt na Oddziale Pielęgnacyjno-Opiekuńczym.
31. cennik – Cennik Ogólny
32. cennik – Poradni kardiologicznej/Poradni rozruszników i kardiowerterów,
33. cennik – badania z zakresu cytoaferezy,
34. cennik – badania z zakresu chirurgii ogólnej,
35. cennik – osobodni pobytu na oddziale,
36. cennik - Podstawowa Opieka Zdrowotna,
37. cennik – Zakład Przyrodolecznicy w Ustce,
38. cennik – Sanatorium Uzdrowskie w Ustce.

	Nazwisko i imię	Podpis
Ujednolicił: Na podstawie Uchwały Zarządu nr 15/VII/2024 z dn. 30.07.2024	Anna Kuraśkiewicz	Z-CIA NENOVUM Z-CIA PEŁNOMOCCNIKA DS. ZSZ Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Janusza Korczaka w Słupsku Sp. z o.o. mgr Anna Kuraśkiewicz
Sprawdził pod względem formalnym zgodnie z wymogami ZSZ wg norm ISO: Pełnomocnik ds. ZSZ	Jolanta Boberek	KIEROWNIK PEŁNOMOCCNIK DS. ZSZ Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Janusza Korczaka w Słupsku Sp. z o.o. mgr Jolanta Boberek
Zaakceptował: Pod względem prawnym	Damian Konieczny	 adw. Damian Konieczny PIA nr 1975
Zaakceptował: Główny Księgowy	Teresa Jakubik	GŁÓWNY KSIĘGOWY Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Janusza Korczaka w Słupsku Sp. z o.o. Teresa Jakubik
Zaakceptował: Kierownik Działu Analiz	Anita Labuda	KIEROWNIK DZIAŁU ANALIZ Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Janusza Korczaka w Słupsku Anita Labuda
Zaakceptował: Dyrektor ds. Pielęgniarstwa Naczelny Pielęgniarsz Szpitala	Bartosz Szczudłowski	DS. PIEŁĘGNIARSTWA Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Janusza Korczaka w Słupsku Sp. z o.o. Bartosz Szczudłowski
Zaakceptował: Dyrektor ds. Technicznych	Marcin Kuchmacz	DYREKTOR DS. TECHNICZNYCH Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Janusza Korczaka w Słupsku Sp. z o.o. D.Y.R.E.K.T.O.R ds. LECZNICTWA
Zaakceptował: Dyrektor ds. Lecznictwa	Tomasz Toczyłowski	Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Janusza Korczaka w Słupsku Sp. z o.o. WICEPREZES Tomasz Toczyłowski
Zatwierdził: Zarząd	Anetta Barna-Feszak	Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Janusza Korczaka w Słupsku Sp. z o.o. Anetta Barna - Feszak
	Andrzej Sapiński	PREZES Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Janusza Korczaka w Słupsku Sp. z o.o. Andrzej Sapiński

